

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Avant-propos.....	v
Table des matières.....	xi
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures.....	xv
Liste des annexes.....	xvi
Liste des sigles.....	xvii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Pauvreté et santé : état des connaissances, perspectives théoriques et besoins en recherche.....	8
1.1 La notion de pauvreté et les manières de l'étudier.....	8
1.1.1 Les principales approches théoriques de la pauvreté.....	8
1.1.2 Quelques constats découlant des approches conceptuelles de la pauvreté.....	11
1.1.3 La situation de la pauvreté au Canada et au Québec.....	15
1.1.4 Quelques lacunes importantes dans les études empiriques sur la pauvreté.....	21
1.2. Les liens entre pauvreté et santé.....	26
1.2.1 Problèmes rencontrés dans le corpus des études sur le sujet.....	26
1.2.2 Pauvreté et santé : un lien bien connu malgré tout.....	27
1.2.3 Pauvreté et santé : une association à double sens?.....	28
1.2.4 Pourquoi et comment pauvreté et santé sont liées.....	28
1.2.5 Les liens entre santé et pauvreté : quelles conclusions tirer?.....	31
1.3 La place du secteur de la santé dans la lutte à la pauvreté.....	32
1.3.1 Interventions du système de santé en regard de la pauvreté : reconnaissance des enjeux, mais relativement peu d'actions de santé publique.....	32
1.3.2 Le système de soins: un producteur d'inégalités de santé?.....	34
1.3.3 Pourquoi cet immobilisme du système de santé?.....	37
1.3.4 Système de santé et inégalités de santé : quelles conclusions tirer?.....	39
1.4. Les trajectoires de vie comme cadre conceptuel.....	39
1.5 Objectifs et questions de notre recherche.....	42
1.5.1 Objectifs et questions de recherche.....	43
Chapitre 2 : Méthodologie.....	44
2.1 Un ancrage paradigmatique de type constructiviste.....	44
2.2 Une recherche qualitative de type interprétatif.....	45
2.3 Une recherche menée de manière collaborative avec une approche participative.....	46
2.4 Les démarches préliminaires au projet auprès du Collectif pour un Québec sans pauvreté et du CAP Saint-Barnabé.....	49
2.5 Justification et description du milieu et de la population choisis.....	50
2.6 Chronologie et vue d'ensemble des étapes de la recherche.....	53
2.6.1 Phase préparatoire.....	53
2.6.2 La phase de la collecte, de l'analyse des données et de la rédaction.....	54
2.7 Méthodes de collecte des données.....	56
2.7.1 Journal de bord et observation participante.....	56
2.7.2 Entrevues individuelles.....	57

2.7.3 Groupes de discussion .....	68
2.8 Processus d'analyse des données .....	72
2.9 Éthique .....	75
2.10 Critères de scientificité .....	76
Chapitre 3 : Article 1 : Rouge, jaune, vert... noir : l'expérience de la pauvreté et de sa sortie selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal .....	79
Chapitre 4 : Les dimensions de l'expérience de la pauvreté.....	123
4.1 La souffrance comme thème central.....	124
4.2 Les dimensions de l'expérience de la pauvreté .....	125
4.2.1 Première dimension : survivre .....	125
4.2.2 Seconde dimension : être désorganisé .....	131
4.2.3 Troisième dimension : être et se sentir exclu.....	135
4.2.4 Quatrième dimension : se sentir inutile et dénigré .....	139
4.2.5 Cinquième dimension : avoir perdu son autonomie, son pouvoir .....	143
4.2.6 Dernière dimension : ne pas être ou ne pas faire ce que l'on veut .....	145
4.3 Conclusion : les dimensions de la souffrance comme manifestation de la pauvreté	147
Chapitre 5 : Les jalons marquants des parcours de vie des hommes rencontrés et le rôle des ressources sociosanitaires .....	150
5.1 Charlot Laforce : un outil de validation participative présentant nos résultats saillants .....	150
5.1.1 La tête : « Les éléments majeurs qu'il identifie dans la société » .....	151
5.1.2 Le cœur : « Les moments charnières de sa vie » .....	152
5.1.3 La main droite : « Ses rapports difficiles avec les ressources d'aide et les pratiques qui nuisent » .....	153
5.1.4 La main extérieure : « Les pratiques qui l'aident » .....	154
5.1.5 Les pieds : « Ses recommandations pour avancer » .....	155
5.2 Deuxième article : Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crises .....	156
Chapitre 6 : Recommandations et suggestions tirées des propos des hommes rencontrés pour lutter contre la pauvreté .....	189
6.1 Améliorer le revenu et les conditions de vie.....	190
6.1.1 Améliorer le revenu .....	191
6.1.2 Améliorer les conditions de vie .....	194
6.2. Favoriser l'accès à un travail décent et stable.....	195
6.2.1 Améliorer la qualité des emplois .....	196
6.2.2 Améliorer les programmes d'aide à l'emploi .....	199
6.2.3 Revoir les programmes de réinsertion au travail .....	200
6.2.4 Adapter et développer des programmes pour les personnes éloignées du marché de l'emploi et celles qui vivent de l'intermittence en emploi.....	202
6.3 Intégrer la contribution des personnes hors du marché de l'emploi .....	204
6.3.1 Créer des lieux de rencontre et humaniser les programmes et services existants .....	205
6.3.2 Lutter contre les préjugés envers les personnes qui ne travaillent pas .....	209
6.4 Améliorer la prise en charge des problèmes sociaux et de santé.....	210
6.4.1 Humaniser les services d'aide et combattre la discrimination.....	211
6.4.2 Favoriser une approche de prise en charge globale et à long terme .....	213

6.4.3 Encourager les hommes à demander de l'aide.....	214
6.4.4 Donner plus d'information sur les problèmes et sur les ressources.....	215
6.4.5 Faciliter l'accès à certains services.....	216
6.5 S'attaquer aux pratiques discriminatoires .....	218
6.6 Conclusion .....	220
Chapitre 7 : Discussion générale et conclusion .....	223
7.1 Rappel de l'intention et des objectifs de la thèse.....	223
7.2 Les principaux constats et les principales contributions de la thèse à l'avancement des connaissances .....	225
7.2.1 Premier objectif : Mieux comprendre les expériences et les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté quant à cette dernière et à la manière d'en sortir : constats et pistes .....	225
7.2.2 Deuxième objectif : Mieux cerner le rôle des ressources sociosanitaires dans les processus qui conduisent les hommes à entrer et parfois sortir de situations de pauvreté : constats et pistes.....	228
7.2.3 Troisième objectif : Identifier des pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté, et ce, à partir des savoirs d'expérience recueillis : constats et pistes .....	233
7.3 Quelques limites et forces de la recherche.....	235
7.3.1 Quelques limites de la recherche .....	236
7.3.2 Quelques forces de la recherche .....	238
Conclusion .....	239
Bibliographie .....	241

## Liste des tableaux

Tableau 1- Synthèse des éléments saillants reliés à chacune des couleurs.....	102
---	-----

## Liste des figures

Figure 1- Outil original : Mon histoire de vie dans le rouge, le jaune et le vert.....	65
Figure 2- Outil de cueillette de données adapté d'un outil d'éducation populaire .....	68
Figure 3- Les dimensions tirées de l'expérience de la pauvreté vécue par les hommes.....	125
Figure 4- Survivre.....	127
Figure 5- Être désorganisé .....	132
Figure 6- Être et se sentir exclu .....	136
Figure 7- Se sentir inutile et dénigré.....	140
Figure 8- Avoir perdu son autonomie, son pouvoir.....	143
Figure 9- Ne pas être ou faire ce que l'on veut.....	146
Figure 10- Charlot Laforce .....	151
Figure 11- La tête : « les éléments majeurs qu'il identifie dans la société ».....	152
Figure 12- Le cœur : « les moments charnières de sa vie ».....	153
Figure 13- La main droite : « Ses rapports difficiles avec les ressources et les pratiques qui nuisent ».....	154
Figure 14- La main extérieure : « les pratiques qui l'aident ».....	155
Figure 15- Les pieds : « Ses recommandations pour avancer ».....	155

## Liste des annexes

Annexe A : Tableau de résumé des étapes du projet de recherche .....	255
Annexe B : L'outil «Charlot Laforce».....	257
Annexe C : La grille pour l'échantillon .....	263
Annexe D : Formulaire de consentement .....	265
Annexe E : Guide d'entrevue.....	269

## Liste des sigles

ACSP	Association canadienne de santé publique
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CAP	Carrefour d'alimentation et de partage
CAPMO	Carrefour de pastorale en monde ouvrier
CEPE	Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale
CCLP	Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CCFPT	Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé
CCSD	Conseil Canadien de développement social
CDSS	Commission des déterminants sociaux de la santé
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CQC	Collectif québécois de conscientisation
CFP	Centre de formation populaire de Montréal
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
FRAPRU	Front d'action populaire en réaménagement urbain
FCPASQ	Front commun des personnes assistées sociales du Québec

HLM	Habitation à loyer modique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAAQ	Société d'assurances automobile du Québec



## Introduction

L'état de santé de la population n'a cessé de s'améliorer, en particulier durant les 50 dernières années. Néanmoins, tous n'en bénéficient pas et un immense fossé sépare les riches et les pauvres à ce chapitre. Les inégalités sociales de santé persistent, et même croissent, partout dans le monde, incluant les pays dits et considérés « développés » (Marmot and Wilkinson 1999; Feachem 2000; Gwatkin 2000; Solar and Irwin 2005). Le Canada ne fait pas exception à cette règle. En effet, malgré la prospérité économique et sociale, les inégalités de revenu (Curry-Stevens 2004; Picot and Myles 2004) et de santé (Raphael 2006) s'y sont accentuées et la pauvreté perdure (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002; Curry-Stevens 2004; Conseil national du bien-être social 2006; Curtis and Pennock 2006). De tous les pays développés, le Canada est l'un de ceux qui affichent les taux de pauvreté générale et infantile les plus élevés (Raphael 2006). La pauvreté demeure un problème important pour le Québec. Malgré une diminution du nombre de personnes pauvres depuis les 15 dernières années, plusieurs éléments nous indiquent que la pauvreté s'est aggravée (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007) de manière générale et pour certaines catégories de personnes en particulier.

Ce projet de recherche se situe dans le champ de la santé publique<sup>1</sup> et a pour objet spécifique l'étude de la pauvreté, de ses liens avec la santé et du rôle que peuvent jouer à cet égard les ressources sociosanitaires, qu'elles soient de nature institutionnelle ou communautaire. Cette problématique a été identifiée au Québec et au Canada comme étant prioritaire pour le secteur de la santé publique (Association canadienne de santé publique (ACSP) 2004; Association des infirmières et infirmiers du Canada - AIIC 2005) et pour le secteur de la santé en général (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la

---

<sup>1</sup> Nous considérons que la santé communautaire fait partie de la santé publique. Aux fins de cette thèse, nous utiliserons le terme de santé publique

santé de la population et la sécurité de la santé 2005). En effet, la pauvreté est reconnue depuis de nombreuses années comme un puissant déterminant de la mauvaise santé (Marmot and Wilkinson 1999; Raphael 2004; Raphael 2006; Reid and Tom 2006).

Malgré ce consensus sur l'importance de la pauvreté et des inégalités sociales de santé, il existe relativement peu d'actions en santé publique visant spécifiquement leur réduction. À ce chapitre, le Canada accuserait même un retard sur plusieurs autres pays industrialisés (Williamson 2001; Raphael 2003; Ridde 2004; Raphael 2006; Raphael 2006; Raphael, Labonte et al. 2006). Les pratiques actuelles de santé publique, au lieu d'agir sur les déterminants sociaux, comme la pauvreté, demeurent majoritairement axées sur les déterminants individuels et sur le changement de comportement (Wallerstein and Freudenberg 1998; Raphael 2003; Dupéré, Ridde et al. 2006; Raphael 2006).

Ce même constat est effectué quant aux actions du secteur de la santé en général, au Canada notamment. Bien que différentes initiatives aient été mises de l'avant par le ministère fédéral de la Santé, on remarque un manque de cohérence dans les approches proposées ainsi qu'un investissement insuffisant de fonds et d'énergie dans ce domaine (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005). Le système de soins peut même contribuer à augmenter les disparités au niveau de la santé, et ce, malgré le fait que la majorité des recherches effectuées révèle que les grandes disparités découlent de déterminants situés à l'extérieur de ce système (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Couffinal, Dourgnon et al. 2005; Furler 2006; Starfield 2006). On y constate notamment que les Canadiens ayant un faible statut socio-économique sont moins susceptibles de recevoir des soins optimaux que ceux ayant un statut socio-économique élevé. À ce chapitre, plusieurs reconnaissent l'importance d'améliorer non seulement l'accessibilité, mais également la qualité et l'efficacité des soins offerts aux personnes en mauvaise santé, incluant les personnes en situation de pauvreté (Comité consultatif fédéral-

provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Furler 2006; Starfield 2006).

Malenfant et Lévesque (2005), qui ont analysé les trajectoires de vie de personnes pauvres au Québec, ont fait ressortir que trop souvent les services de santé et les services sociaux ne sont mis à contribution qu'une fois les crises éclatées. Dans certains cas, ces services pouvaient même prolonger les périodes d'incapacité des personnes pauvres, les maintenant ainsi en situation de pauvreté. La situation actuelle, en plus d'avoir des conséquences sur les personnes en situation de pauvreté, provoque inconfort, sentiment d'impuissance et frustration chez les intervenants de la santé. Ces derniers se sentent fréquemment dépassés par le problème de la pauvreté, disposant d'outils d'intervention peu adéquats et d'une capacité d'agir trop souvent limitée (McAll, Fortier et al. 2000; Massé 2003; Parizot 2003; Reid 2004; Gupta and Blewett 2008). Bref le besoin est grand, dans le secteur de la santé, de renforcer l'intervention afin de soutenir les personnes pauvres dans les processus de maintien et de recouvrement de leur santé.

Comme nous le verrons plus en détail, plusieurs éléments d'ordre idéologique, politique, économique, culturel et social peuvent expliquer le relatif immobilisme du secteur de la santé en matière de lutte à la pauvreté et aux inégalités de santé. Le manque de compréhension de ce qu'est la pauvreté, de ses liens avec la santé et du rôle des intervenants en la matière contribue significativement à alimenter la confusion entourant les actions à entreprendre dans la lutte aux inégalités de santé et dans la lutte à la pauvreté (Wallerstein and Freudenberg 1998; Gwatkin 2000; Burke 2001; Laderchi, Saith et al. 2003). D'où l'importance de mener des recherches sur le sujet.

Beaucoup d'encre a coulé sur le sujet de la pauvreté, les premiers efforts théoriques de conceptualisation remontant au début du 19e siècle (Kanbur and Squire 1999; Maxwell 1999; Conseil de l'emploi des revenus et de la cohésion sociale (CERC) 2002; Concialdi

2003; Fusco 2003). Toutefois, encore à ce jour, il n'existe pas de consensus sur la conception de la pauvreté, sur ses causes ou la manière de la mesurer (Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003; Lollivier and Verger 2005). Faute de consensus, le Canada ne dispose d'ailleurs pas de mesure officielle de la pauvreté (DeGroot-Magetti 2002; Mitchell and Shillington 2002) alors que le Québec ne s'est que récemment doté d'indicateurs officiels, comme nous le verrons plus loin.

Alors que la pauvreté a jusqu'à présent été étudiée de façon surtout statique et transversale (Dewilde 2003; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Lollivier and Verger 2005), nous assistons actuellement à une croissance d'intérêt pour l'étude de son caractère dynamique, notamment grâce à la plus grande accessibilité de banques de données permettant d'effectuer des études longitudinales (Dewilde 2003; Lollivier and Verger 2005). Plusieurs de ces études récentes font ressortir des facteurs d'entrée et de sortie de la pauvreté économique (Finnie and Sweetman 2003; Phipps 2003; Lollivier and Verger 2005) ainsi que des facteurs provoquant ces transitions (McKernan and Ratcliffe 2005). Un de leurs constats principaux est qu'il n'existe pas de trajectoire *unique* d'entrée ou de sortie de la pauvreté. Les facteurs qui agissent comme déclencheurs varient, que ce soit un changement dans la composition du ménage, dans l'état de santé, sur le plan de l'éducation ou encore du statut d'emploi. Parfois plusieurs facteurs se conjuguent (Lollivier and Verger 2005; McKernan and Ratcliffe 2005).

Malgré les résultats de ces études qui ont repéré certains facteurs déclencheurs de trajectoires de pauvreté économique, notre compréhension du *comment* et du *pourquoi* les personnes entrent et sortent de la pauvreté demeure limitée (Dewilde 2003; Lock Kunz and Franck 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004), les études longitudinales de nature quantitative comportant certaines limites. Ces dernières sont notamment focalisées sur la pauvreté *économique* et les trajectoires de revenus, excluant généralement les autres dimensions de la pauvreté (Dewilde 2003). De plus, elles visent davantage à décrire de grandes tendances et à identifier les personnes pauvres qu'à comprendre comment on

devient pauvre ou comment on s'en sort (Dewilde 2003; Kotari and Hulme 2004; Lock Kunz and Franck 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Lollivier and Verger 2005). Enfin, alors que nous savons que les changements dans les états de santé et de maladie peuvent contribuer à déclencher une trajectoire de pauvreté, l'état actuel des connaissances ne nous permet pas de bien comprendre comment ils interagissent avec d'autres événements (McDonough and Berglund 2003; McDonough, Sacker et al. 2005; Curtis and Pennock 2006).

Il en est de même du rôle et de l'influence des interventions du secteur de la santé dans les trajectoires de pauvreté. On constate que très peu de considération a été accordée jusqu'à présent au système de santé et à son rôle dans la production de la santé et des inégalités de santé (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Solar and Irwin 2005). Quoiqu'il soit évident que ce secteur est loin d'être l'unique responsable des inégalités de santé, cela ne veut pas dire qu'il n'a aucune influence (Gwatkin 2000).

Il importe donc de poursuivre les recherches visant à mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé, dont les ressources sociosanitaires font partie, afin de guider les pratiques vers des interventions pertinentes et efficaces (Burke 2001; Solar and Irwin 2005). Dans cette optique, l'approche par les trajectoires de vie (également nommée la perspective des parcours de vie) représente un outil conceptuel pertinent pour étudier ces questions (Judge and Peterson 2001; McDonough and Berglund 2003; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004). C'est la perspective que nous adopterons.

Plusieurs perçoivent également la nécessité d'études qualitatives pour tenter de mieux comprendre et expliquer les liens entre, d'une part, les processus conduisant à la pauvreté et à l'exclusion sociale, incluant les processus qui y maintiennent ou qui permettent d'en sortir (Kotari and Hulme 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004), et, d'autre part, la santé (McDonough, Sacker et al. 2005). Alors que les recherches quantitatives sont

davantage orientées vers la mesure du phénomène de la pauvreté et la mise en évidence de régularités, les recherches qualitatives visent une compréhension interprétative des phénomènes et s'attardent à en saisir les singularités (Groulx 1997; Gondard-Delcroix 2003).

Notre projet de recherche s'inscrit dans cette dernière perspective et poursuit trois objectifs : permettre de mieux comprendre les expériences et les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté<sup>2</sup> quant à cette dernière et à la manière d'en sortir<sup>3</sup> ; mieux cerner le rôle des ressources d'aide sociosanitaires<sup>4</sup> et leur importance relative dans les trajectoires de vies d'hommes en situation de pauvreté; proposer, à partir du savoir expérientiel d'hommes en situation de pauvreté, des pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté en tant que déterminant de la santé.

Afin de répondre à ces objectifs, la thèse est divisée en sept chapitres. Dans le premier, nous examinons l'état des connaissances et les perspectives théoriques en matière de pauvreté et de santé ainsi que les écrits traitant des interventions mises en œuvre dans le secteur pour ensuite présenter les objectifs et les questions auxquelles nous avons voulu répondre par notre recherche. Le second chapitre traite des aspects méthodologiques de notre projet. Les chapitres 3 et 4 présentent les résultats obtenus dans la poursuite du premier objectif. Le chapitre 5 s'attarde à ceux qui concernent le deuxième objectif, que nous avons choisi d'aborder sous l'angle du non-recours aux ressources sociosanitaires. Le troisième objectif quant à lui est discuté dans le chapitre 6 où sont rapportées les suggestions proposées par les participants à la recherche quant aux interventions à mettre en place pour lutter contre la pauvreté. Finalement, en conclusion, le chapitre 7 repositionne l'ensemble de nos résultats en regard du phénomène étudié, en apprécie les forces, les

---

<sup>2</sup> Nous avons choisi d'utiliser l'expression « en situation de pauvreté » plutôt que « pauvres » afin de souligner le fait que nous ne considérons pas la pauvreté comme un attribut individuel, mais plutôt comme « un attribut de la situation dans laquelle vit la personne ».

<sup>3</sup> Cet objectif de recherche a émergé au cours du projet, comme nous l'expliquons dans le chapitre 2.

<sup>4</sup> Ressources institutionnelles et communautaires d'aide dans le domaine sociosanitaire.

faiblesses, et termine sur les pistes qu'ils ouvrent en termes de recherche et d'intervention en santé communautaire.

# **Chapitre 1 : Pauvreté et santé : état des connaissances, perspectives théoriques et besoins en recherche**

Ce premier chapitre permet de poser le problème ainsi que d'établir la pertinence et l'originalité de la problématique retenue pour notre projet de recherche. Dans la première section, nous examinons la notion de pauvreté et la manière dont elle a été étudiée. Dans la deuxième, nous discutons des liens entre la pauvreté et la santé. Dans la troisième, la place du secteur de la santé dans la lutte à la pauvreté est abordée et, finalement, nous présentons les objectifs et la question de recherche émergeant des constats des sections précédentes.

## **1.1 La notion de pauvreté et les manières de l'étudier**

Dans cette première section, nous examinons les principales approches théoriques utilisées pour conceptualiser la pauvreté. Nous dégagons ensuite quelques constats sur ces approches conceptuelles afin de situer la perspective adoptée dans notre recherche. Nous décrivons par la suite la situation de la pauvreté au Canada et au Québec et nous en dégagons quelques éléments préoccupants qui justifient la pertinence de s'attarder à ce problème. Enfin, en discutant des études empiriques sur la pauvreté, nous démontrons que bien que celle-ci soit considérée comme un phénomène dynamique, elle a été principalement étudiée de façon transversale et statique.

### **1.1.1 Les principales approches théoriques de la pauvreté**

Plusieurs approches coexistent dans l'étude de la pauvreté. De multiples classifications de ces approches ont été proposées (Ouellet, Verreault et al. 1995; Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002; Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003; Chambers 2005; Mowafi and Khawaja 2005; Oyen 2005). Il est impossible d'en présenter ici une revue exhaustive et, encore moins, de détailler comment ces approches ont été utilisées de façon opérationnelle dans des travaux empiriques. Nous ne discuterons ici que des trois grandes approches théoriques considérées par plusieurs auteurs comme étant les principales (Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003; Mowafi and Khawaja 2005) : le bien-être économique, l'approche des « capacités » et celle de l'exclusion sociale.



### 1.1.1.1 L'approche économique

L'approche de la pauvreté selon le bien-être économique est la plus ancienne et remonte aux travaux de Rowntree et Booth au début du XXe siècle. Elle réfère au manque de ressources financières pour combler les besoins de base (Mowafi and Khawaja 2005). Cette approche classique se caractérise par l'utilisation d'indicateurs quantitatifs (principalement des indicateurs économiques) pour définir et mesurer la pauvreté. Elle définit trois grands types de pauvreté : la pauvreté absolue, la pauvreté relative et la pauvreté subjective (Conseil de l'emploi des revenus et de la cohésion sociale (CERC) 2002; Wagle 2002; Lollivier 2003). Cette approche demeure la plus communément employée (Mitchell and Shillington 2002; Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003). Le Canada et le Québec utilisent d'ailleurs principalement des indicateurs s'inscrivant dans cette approche (Conseil Canadien de développement social (CCSD) 2001; DeGroot-Magetti 2002; Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007)<sup>5</sup>.

### 1.1.1.2 L'approche des « capacités »

L'approche des « capacités » a pris naissance dans les années 1980 avec les travaux de l'économiste Amartya Sen, dont le champ de recherche dépassait toutefois la question de la pauvreté et des inégalités, puisqu'il visait le développement d'une nouvelle conception de ce qui a de la valeur pour l'être humain (Sen 1987; Asselin and Daudelin 2000; Sen 2000; Laderchi, Saith et al. 2003). Son approche repose sur deux concepts clés : celui des capacités et celui des fonctionnements. « Les fonctionnements recouvrent les différentes choses qu'un individu peut aspirer à faire ou à être (être bien nourri, en bonne santé, participer à la vie collective). La capacité d'une personne définit les différents fonctionnements qu'il lui est possible de mettre en œuvre » (Sen 2000) page 82). En d'autres mots, les fonctionnements sont des accomplissements de différents ordres auxquels aspirent les individus. Les

---

<sup>5</sup>Les principaux indicateurs utilisés sont : 1. Le seuil de faible revenu : ce seuil est établi en fonction de la part du revenu dépensée par la moyenne des familles pour les biens dits essentiels (logement, nourriture et habillement), à laquelle on ajoute 20 points (pourcentage arbitraire de Statistique Canada); 2. La mesure de faible revenu: elle correspond à la moitié de la médiane des revenus (ajustée en fonction de la taille et de la composition de la famille économique); 3. La mesure du panier de consommation: elle est fondée sur un budget type pour combler les besoins minimaux tels que la nourriture, les vêtements et les chaussures, le logement, le transport et autres biens et services considérés nécessaires à l'intégration sociale (Institut de la statistique du Québec et ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2006).

capabilités, quant à elles, réfèrent à la liberté de choisir parmi divers fonctionnements et à l'habileté de les réaliser (Osmani 2003).

Selon cette école une personne est pauvre quand elle n'a pas les capacités d'atteindre un sous-ensemble de fonctionnements (Asselin and Daudelin 2000). On ne peut toutefois associer tout manque de capacités à de la pauvreté. Seul un manque au niveau des capacités de base est producteur de pauvreté (Osmani 2003). Notons que les capacités de base et leur importance peuvent varier d'une société à l'autre (Sen 2000). Néanmoins, pour que l'on puisse parler de pauvreté selon cette approche, on doit forcément retrouver dans la chaîne causale ayant mené l'individu à un faible niveau de bien-être, un manque de pouvoir au niveau des ressources économiques (Osmani 2003).

### **1.1.1.3 L'approche de l'exclusion sociale**

Le concept d'exclusion sociale a beaucoup évolué depuis son apparition vers les années 1970 dans le contexte européen (Osmani 2003; Damon 2008). Initialement, il faisait référence aux personnes exclues des services offerts par l'État (Room 1995; Lessof and Jowell 2000). Par la suite, il a été utilisé pour décrire un ensemble hétérogène de personnes, par exemple les handicapés, les suicidaires, les invalides, les enfants abusés, les utilisateurs de drogue, les délinquants et les parents monoparentaux (Silver 1994). Au cours des dernières années, ce concept s'est encore élargi. Il inclut maintenant toute personne exclue des systèmes permettant l'intégration d'une personne comme citoyenne au sein d'une société donnée, soit les systèmes sociaux, économiques, politiques et culturels (Barry 1998; Lessof and Jowell 2000; Burke 2001; Wagle 2002).

Suite à leurs revues de la littérature sur ce sujet, Soulet (1998), Budowski et Tillman (2002) puis Galabuzzi (2004) remarquent que certains auteurs définissent l'exclusion sociale en mettant l'accent sur la description des exclus et de leurs caractéristiques. Mais, d'autres la définissent plutôt comme le résultat d'un processus (Ouellet, Verreault et al. 1995; Fréchet and Lanctôt 2003), ou même, comme étant en soi un processus de marginalisation ou de désaffiliation (Castel 1994; Lessof and Jowell 2000; Mitchell and Shillington 2002; Ninacs

2002). Cette dynamique peut se produire tant sur le plan structurel ou collectif que sur le plan individuel (Castel 1994; Paugam 1996; Ninacs 2002; Laderchi, Saith et al. 2003; Toye and Infanti 2004; Paugam 2005). L'exclusion sociale « signale un cumul de manques, le résultat de cassures produisant une chute continue sur l'échelle sociale de l'intégration » (Soulet 1998) p.445).

Les aspects de la vie sociale où se vit l'exclusion et les raisons de cette exclusion ont été abordés de manière très diversifiée (Osmani 2003; Toye and Infanti 2004). Il n'y a d'ailleurs pas de consensus sur les types ou les formes de privation à considérer dans la conceptualisation de l'exclusion sociale (Gaudet 1993; Lessof and Jowell 2000; Laderchi, Saith et al. 2003). Galabuzzi (2004) une auteure canadienne ayant travaillé sur l'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé, montre que l'exclusion sociale peut prendre quatre principales formes : l'exclusion de la société civile, l'exclusion des biens sociaux, l'exclusion de la production sociale et l'exclusion économique. Finalement, il semble que l'exclusion sociale ait pris de l'ampleur à la fin du vingtième siècle, à la suite, notamment, de la restructuration des économies mondiales et nationales, de la déréglementation des marchés et des changements dans les milieux de travail (Gaudet 1993; Galabuzi and Labonte 2002; Galabuzi 2004; Labonte 2004).

## **1.1.2 Quelques constats découlant des approches conceptuelles de la pauvreté**

Que pouvons-nous retirer de cette brève revue des principales approches conceptuelles abordant le phénomène de la pauvreté? Il est important à cette étape-ci de dégager quelques constats qui guideront notre recherche.

### **1.1.2.1 La pauvreté est un phénomène multidimensionnel**

L'approche économique véhicule une vision étroite du bien-être humain (Laderchi, Saith et al. 2003). En effet, cette approche focalise sur les aspects avant tout économiques de la pauvreté et tend à en occulter les autres dimensions (Burke 2001; Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003). Malgré un large consensus indiquant que la pauvreté est un phénomène

multidimensionnel, l'approche économique unidimensionnelle de la pauvreté demeure néanmoins la plus utilisée (Rossini 2002; Wagle 2002; Wagle 2008).

### **1.1.2.2 La pauvreté est un phénomène dynamique et social**

La pauvreté relève d'un processus dynamique évoluant dans le temps (Rossini 2002). Tant l'approche économique que celle des « capacités » ont tendance à mettre de côté les causes sociales de la pauvreté ainsi que ses dynamiques. Ces approches s'intéressent davantage à décrire la pauvreté et à identifier les personnes dans cette situation plutôt qu'à comprendre comment on devient pauvre<sup>6</sup>. De plus, ces approches tendent à focaliser leur analyse sur l'individu et ainsi à définir le problème de la pauvreté comme un phénomène individuel et à en oublier les dimensions sociales (Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003). L'approche selon l'exclusion sociale, par contre, s'intéresse aux causes et mécanismes engendrant la pauvreté. Toutefois, cette approche a tendance à reléguer au second plan, au profit des causes socioéconomiques, les causes individuelles (psychologiques et physiques) qui provoquent la mise à l'écart de la société d'individus et groupes divers (Gaudet 1993; Mitchell and Shillington 2002; Wagle 2002)<sup>7</sup>.

### **1.1.2.3. La pauvreté est au centre d'enjeux idéologiques**

Dans une revue plus détaillée des approches conceptuelles de la pauvreté, nous avons discuté ailleurs (Dupéré et Disant 2005) de la grande diversité d'écoles de pensées au sein de chacune des trois approches évoquées plus haut. Ces écoles de pensées véhiculent des idéologies fort différentes et centrent leur attention sur différents facteurs explicatifs d'ordre individuel ou

---

<sup>6</sup> Bien que l'approche dite des capacités attire l'attention sur un plus grand éventail de dimensions de la pauvreté, elle ne saisit pas complètement les causes fondamentales de la pauvreté et ses dynamiques (Laderchi et coll. 2003)

<sup>7</sup> L'approche de l'exclusion sociale est celle qui est la moins bien définie et la plus difficile à interpréter (Laderchi et coll. 2003). En dépit de l'emploi courant de ce concept, plusieurs critiques ont été formulées notamment l'imprécision du contenu théorique (Laderchi et coll. 2003 ; Soulet, 1998, Budowski et Tillmann, 2002) qui désigne une multitude de situations différentes en gommant la spécificité de chacune (Soulet, 1998, Castel, 1995) ; les limites de la capacité explicative de cette approche, une pierre d'échappement étant la difficulté de séparer les concepts d'exclusion et d'inclusion sociale (Castel, 1995, Paugam, 1996; Soulet, 1998) ; l'aspect tautologique des modèles d'exclusion où les mêmes facteurs (faiblesses des liens sociaux, par exemple) sont considérés comme à la fois les causes et les résultats, les principes et les états (Soulet, 1998; Paugam, 1996). Certains recommandent d'abandonner le terme d'exclusion sociale comme synonyme de la pauvreté et de lui donner une signification précise et distincte (Concialdi, 2003 ; Bradshaw, 2000). Plusieurs proposent notamment de réserver le terme d'exclusion sociale, comme le suggère Castel (1994), à des phénomènes de discrimination explicite ou de mise à l'écart des instances officielles (Concialdi, 2003; Bodowski et Tillmann, 2002).

structurel donnant lieu à des orientations politiques et à des stratégies de lutte à la pauvreté fort distinctes. De façon générale, toutefois, au-delà de ces approches conceptuelles de la pauvreté, les réflexions sur la nature et les causes de la pauvreté peuvent être regroupées en deux grandes catégories (Levin 2004).

Dans la première, la pauvreté est perçue comme le résultat de certaines faiblesses individuelles. Les personnes pauvres, selon cette vision, ne font pas assez d'efforts ou ne font pas le nécessaire pour mener une vie décente et raisonnable. La pauvreté est sous cet angle considérée comme un manque moral, un manque d'initiative ou encore comme une fainéantise. Dans la deuxième catégorie, la pauvreté est perçue comme découlant d'inégalités systémiques résultant principalement de forces structurelles difficiles à contrôler, par exemple la discrimination et la précarité d'emploi. Le discours dominant actuel au Canada se situe davantage dans la première de ces catégories. Les personnes pauvres sont considérées comme étant des personnes faibles et dépendantes ayant plusieurs lacunes, dont l'incapacité de prendre de bonnes décisions. La société canadienne, plutôt que d'examiner les décisions gouvernementales orientées sur le profit des industries créant de l'iniquité, a tendance à présumer l'égalité des chances et à blâmer l'individu pour sa dépendance (Reid 2004). Il est donc important de prendre conscience que les croyances sur les causes de la pauvreté façonnent nécessairement son analyse et la mise en œuvre des solutions pour la contrer (Levin, 2004). Cette prise de conscience sur le rôle des idéologies est également valable pour les chercheurs puisqu'elles influenceront nécessairement leurs choix théoriques et méthodologiques (Laderchi, Saith et al. 2003). Mentionnons que nous avons tenté de conserver une posture critique et réflexive relativement à cet aspect tout au long de notre projet.

#### **1.1.2.4 Les approches à favoriser en recherche**

Il n'existe aucune définition ou approche théorique ou méthodologique objective. Même les approches et méthodes qui prétendent à l'objectivité contiennent des éléments arbitraires et subjectifs qui ne sont pas toujours clairement énoncés et ceci, particulièrement dans le cas de l'approche économique de la pauvreté, peut donner lieu à une illusion d'exactitude et d'objectivité (Laderchi, Saith et al. 2003). Tant dans l'approche économique que dans celle

des capacités, l'évaluation de la pauvreté tend à être effectuée par des experts externes à la situation (Chambers 1997; Laderchi, Saith et al. 2003; Chambers 2005). Ceux-ci définissent et déterminent les indicateurs, les unités de mesure et les techniques servant à fournir une interprétation de la réalité. Or, il y a une reconnaissance croissante de la contribution des recherches participatives pour évaluer la nature de la pauvreté et choisir les stratégies à mettre en œuvre pour la contrer (Narayan- Parker 2000; Laderchi 2001). Comme plusieurs, nous croyons en la richesse de ces approches participatives et en leur contribution unique au savoir (Chambers 1997; Laderchi, Saith et al. 2003; Chambers 2005). Pour Osmani (2003), Laderchi et coll. (2003) et bien d'autres, la participation des personnes en situation de pauvreté est essentielle non seulement pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes développés, mais aussi pour soutenir et renforcer les capacités de ces personnes à participer à la vie communautaire dans une perspective d'*empowerment*. De plus, nombre d'auteurs sont d'avis que la participation des personnes en situation de pauvreté est non seulement une question de capacité, mais représente également, dans la perspective des droits humains, un droit fondamental (Osmani 2003). Au-delà de ces constats, il faut également insister sur le fait que le savoir expérientiel est particulièrement riche lorsqu'il s'agit de concevoir des interventions. Les populations concernées sont incontestablement les mieux placées pour décrire leur expérience de la pauvreté et proposer des actions pour les soutenir.

#### **1.1.2.5 La nécessité du recours à plusieurs approches pour comprendre la pauvreté**

Les différentes approches évoquées ci-haut soulèvent nécessairement différentes sphères de préoccupations pour l'étude du phénomène de la pauvreté (aspects matériels, culturels, politiques, moraux). Chaque approche, chaque définition en appréhende une facette particulière (Marxwell 1999; Laderchi, Saith et al. 2003; Oyen 2005). Comme Fusco (2003) le souligne, chaque définition révèle une partie de la vérité, mais aucune ne la détient à elle seule. À l'instar de nombreux auteurs, nous sommes convaincue de la nécessité de recourir à diverses approches, de façon complémentaire plutôt qu'antagoniste, afin de comprendre et combattre la pauvreté (Gaudet 1993; Rossini 2002; Wagle 2002; Fusco 2003; Laderchi, Saith et al. 2003; Osmani 2003; Oyen 2005). Nous y reviendrons en détail plus loin quand nous parlerons de la manière dont nous avons abordé notre recherche.

### **1.1.3 La situation de la pauvreté au Canada et au Québec**

Avant d'aller plus loin, il nous semble important de présenter un regard global sur la situation de la pauvreté au Québec et au Canada telle qu'habituellement décrite à partir d'une série d'indicateurs économiques. En effet au Canada, comme on ne dispose pas de mesure officielle de la pauvreté, on utilise principalement des indicateurs qui s'inscrivent dans l'approche économique de la pauvreté (Conseil Canadien de développement social (CCSD) 2001; DeGroot-Magetti 2002; Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007). Au Québec, encore récemment, on ne disposait pas non plus de mesure officielle de la pauvreté. Un travail citoyen de grande ampleur (voir le Collectif pour un Québec sans pauvreté : [www.pauvrete.qc.ca](http://www.pauvrete.qc.ca)) a toutefois conduit l'Assemblée nationale du Québec à adopter à l'unanimité en 2002 une *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (Noël 2002). Cette loi intègre le recours à des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis en direction d'un « Québec sans pauvreté ». Un mandat de recommandation d'indicateurs pertinents a été confié au *Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion* (CEPE), mis sur pied au printemps 2005. Ce centre a émis un premier avis, endossé par le gouvernement québécois, suggérant une série d'indicateurs déjà disponibles autour de la dimension économique de la pauvreté (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale 2009). De plus, il a indiqué la nécessité d'élaborer d'autres types d'indicateurs et d'explorer d'autres dimensions de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale, en faisant appel à une diversité de méthodes et de points de vue dont ceux de personnes en situation de pauvreté (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale 2009).

#### **1.1.3.1 La situation de la pauvreté au Canada**

Le Conseil national du bien-être social publie régulièrement des profils de la pauvreté au Canada (ampleur, durée), basés sur des données d'enquêtes effectuées par Statistiques Canada. Le dernier rapport, publié en 2006, se rapporte à des données statistiques de 2002-2003 ainsi qu'aux tendances relatives à la pauvreté remontant à 1980 (Conseil national du bien-être social 2006). Le taux de pauvreté au Canada est en chute depuis les années 1990. Par contre, la situation demeure fort préoccupante. La pauvreté est encore prévalente pour plusieurs groupes de personnes et davantage de Canadiens sont à un niveau plus élevé de risque de pauvreté qu'ils ne l'étaient un quart de siècle plus tôt. En 2006, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a d'ailleurs fortement critiqué le

gouvernement canadien relativement à son taux de pauvreté élevé et au non-respect de ses promesses sur le plan des droits de la personne. On constate dans ce rapport que le taux de pauvreté de la province de Québec est plus élevé que celui de la moyenne canadienne.

### **1.1.3.2 La situation de la pauvreté au Québec**

Au Québec, le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLPES) a fait état de la situation de la pauvreté dans la province en se basant principalement sur des données de l'Institut de la statistique du Québec et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007). Globalement, ce comité a constaté que la pauvreté a diminué au cours de la dernière décennie. Toutefois, les progrès semblent inégaux, certains groupes de personnes ayant vu leur situation stagner ou même s'aggraver. Nous rapportons ici les principaux constats de ce comité, qui utilisait les données québécoises les plus récentes sur la question, et nous complétons le portrait à partir de quelques écrits additionnels.

#### *1.1.3.2.1 Diminution de la proportion de personnes en situation de pauvreté*

Après que le Québec ait connu une tendance à l'augmentation des inégalités et de la pauvreté au cours des années 80 et 90, on constate que la proportion des personnes sous le seuil de faible revenu est en constante diminution de 1997 à 2004, soit la dernière année pour laquelle le comité disposait de données complètes. Depuis février 1996, le nombre de prestataires (adultes et enfants) de l'assistance-emploi a également diminué de façon régulière. Quant au taux d'assistance sociale, correspondant au nombre de personnes bénéficiant de l'aide financière de dernier recours par rapport à l'ensemble des personnes âgées de moins de 65 ans, il s'établissait à 7,7 % en janvier 2006, soit le taux le plus bas depuis la fin des années 70. Cependant, comme le précise le Comité, ces indicateurs statistiques ne témoignent pas de la persistance et de la gravité de la pauvreté ni des disparités possibles entre des groupes de la population québécoise (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

#### *1.1.3.2.2. Progrès inégaux : certains groupes demeurent davantage touchés par la pauvreté*



En examinant de plus près les différentes statistiques, le Comité constate en effet que les progrès semblent inégaux. Tout d'abord, certains groupes sont davantage touchés par la pauvreté : la proportion de personnes à faible revenu demeure plus grande chez les femmes que chez les hommes.<sup>8</sup> Il en est de même lorsque l'on compare les personnes seules et les familles monoparentales aux familles biparentales. De plus, on constate que certains groupes sont plus susceptibles d'être pauvres de manière persistante et ont moins de chances d'améliorer leur situation. C'est le cas, par exemple, des personnes seules âgées de 45 à 59 ans, des personnes pauvres ayant récemment immigré<sup>9</sup>, des familles monoparentales, des personnes handicapées et des personnes autochtones vivant hors réserve (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

#### *1.1.3.2.3 Progrès inégaux : la pauvreté s'est aggravée pour certains groupes de personnes*

Le comité a également constaté que la pauvreté se serait aggravée au cours des dernières années pour certains groupes de personnes (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007). Les personnes vivant seules et sans enfant, qui sont à faible revenu ou prestataires de l'aide financière de dernier recours (encore souvent identifiée au Québec par son ancienne appellation de *Bien-être social*, ou BS), ont moins bénéficié des mesures gouvernementales mises en place au cours des dernières années, celles-ci visant surtout les familles. Ces personnes ont ainsi été particulièrement touchées par les diverses hausses tarifaires (électricité, transport, etc.) qui sont venues éroder leur pouvoir d'achat (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007; Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale 2008). Cette situation est particulièrement alarmante chez les prestataires de l'aide financière de dernier recours qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi, entre autres parce que leurs prestations n'ont été que partiellement indexées à l'augmentation du coût de la vie pendant des années (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

---

<sup>8</sup> On constate que l'écart entre les taux de pauvreté des femmes et des hommes est plus grand au Québec que dans les autres provinces canadiennes (Conseil national du bien-être social, 2006).

<sup>9</sup> On note une progression de la proportion de personnes nées à l'extérieur du Canada qui reçoivent de l'aide financière de dernier recours, ce qui renvoie à la problématique de l'intégration des personnes immigrantes.

#### *1.1.3.2.4 Une situation particulièrement difficile pour la clientèle des programmes d'aide financière de derniers recours*

Le comité note que la clientèle des programmes d'aide financière de dernier recours s'est « alourdie », dans le sens où on assiste à une augmentation du nombre de cas « lourds » et complexes. Les bénéficiaires de cette aide ont de plus en plus tendance à cumuler des problèmes et des caractéristiques qui rendent plus difficile leur insertion sociale et économique. Au cours de la dernière décennie, on retrouve dans ce groupe une plus grande proportion de personnes avec contraintes sévères à l'emploi, de personnes âgées de plus de 45 ans, de personnes vivant seules, de personnes ayant une présence cumulative de 10 ans et plus à l'aide sociale ainsi que de personnes immigrantes. Notons que parmi les prestataires de l'aide sociale considérés « aptes à l'emploi », la proportion des personnes âgées de plus de 45 ans et de celles recevant de l'aide depuis une durée cumulative de 10 ans et plus a augmenté de façon considérable au cours des dernières années. La situation des personnes prestataires de l'aide financière de dernier recours considérées « aptes » à l'emploi est rendue encore plus difficile du fait qu'elles font l'objet de préjugés fortement ancrés dans le reste de la société québécoise (Reid 2004; Collectif pour un Québec sans pauvreté 2005).

Cette situation fait écho à la description de Paugam (2005) des idéaux types de la pauvreté, notamment à son concept de pauvreté marginale qui est une pauvreté accompagnée d'exclusion sociale. Une petite partie de la population au sein d'une société prospère vit en situation de pauvreté et ces pauvres sont habituellement considérés comme des « cas sociaux » inadaptés au monde moderne et sont fortement stigmatisés. Malenfant et coll. (2004) constataient d'ailleurs que le « ... virage symbolique, culturel et politique qui s'est installé au Québec transformant des droits sociaux comme la sécurité du revenu en des situations présentées comme une forme de dépendance, contribuant ainsi à une stigmatisation accrue des personnes y ayant recours » (p.3). Groulx (2003), qui a comparé les stratégies de lutte contre la pauvreté en France et au Québec, fait une série de constats qui vont dans le même sens. Contrairement à la France qui considère davantage l'exclusion comme négation des droits sociaux et s'intéresse aux processus sous-jacents, le Québec cible des groupes en situation de pauvreté, définis par le manque, ce qui engendre une marginalisation accrue de ces groupes (Groulx 2003). « On en vient alors à constituer des catégories statutaires d'exclus ou de pauvres. Au lieu de permettre l'élargissement des droits sociaux, on crée des droits

spéciaux par lesquels les personnes ciblées deviennent, *de facto*, des citoyens de seconde zone » (Groulx, p.213).

La transformation de la clientèle des programmes d'aide financière de dernier recours décrite plus haut nous interpelle donc sur le rôle du régime de l'aide financière de dernier recours ainsi que des mesures de l'aide à l'emploi. À cet effet, le CCLP a effectué des constats inquiétants. Les fonds consacrés à l'aide à l'emploi ont diminué depuis l'an 2000 et les mesures actuelles seraient insuffisantes. Une grande partie des prestataires de l'aide financière n'étant pas prête à intégrer à court terme le marché du travail, il faudrait augmenter notamment l'accompagnement des personnes pour une insertion durable au marché du travail (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

#### *1.1.3.2.5 La situation des travailleurs pauvres*

Mentionnons ici que le fait de travailler au Québec ou au Canada est de moins en moins une garantie d'échapper à la pauvreté (Rossini 2002; Galabuzi 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004). Au Québec, environ la moitié des personnes prestataires de l'aide sociale aptes au travail seraient des travailleuses ou des travailleurs pauvres (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007). La restructuration et la transformation de l'économie mondiale et du marché du travail jouent bien sûr un rôle important. Les bouleversements économiques ont une incidence sur les perspectives d'emploi, de même que sur les revenus et l'accumulation de richesse (Lock Kunz and Franck 2004). On assiste à l'émergence d'emplois temporaires, à temps partiel, occasionnels, à forfait et indépendants (Galabuzi 2004). Seulement la moitié environ des travailleurs canadiens occupent un emploi à temps plein depuis plus de six mois (Tremblay 2002). Moins de la moitié des employés non syndiqués bénéficient d'avantages sociaux et de régimes de pension offerts par l'employeur (Jackson 2002).

#### *1.1.3.2.6 La situation des hommes pauvres*

Bien qu'il soit incontestable que les femmes demeurent globalement plus pauvres que les hommes au Canada et au Québec, la pauvreté touche également les hommes. Parmi les personnes seules prestataires de l'aide sociale de moins de 65 ans, on retrouve notamment

plus d'hommes que de femmes seules pauvres (Conseil national du bien-être social 2006; Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale 2008). Or relativement peu de recherches ont été faites auprès des hommes en situation de pauvreté au Québec (Desgagné 2010) et il y a grand besoin de mieux comprendre leurs réalités, notamment sous l'angle de la masculinité (Ruxton 2002; Strier 2005; Desgagné 2010).

De plus, la santé des hommes en situation de pauvreté est préoccupante. Nous savons que les hommes vivent moins longtemps que les femmes et sont plus touchés par les maladies chroniques (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes 2004). Au Québec en 2001, les hommes vivaient en moyenne six ans de moins que les femmes (Lefebvre 2004). Les hommes québécois considérés comme pauvres sur le plan social et matériel vivent en moyenne huit années de moins que les mieux nantis, tandis que cet écart n'est que de 2.5 ans chez les femmes (Pampalon 2002). Ils sont également plus à risque de mort prématurée (Pampalon, 2002). Certains auteurs identifient le genre et la socialisation masculine comme des déterminants importants de la santé et de la maladie des hommes pauvres. La masculinité traditionnelle serait un facteur de risque qui accroîtrait la vulnérabilité des hommes (David 2003; Moller-Leimkuhler 2003). Par exemple, les hommes adhérant à une masculinité traditionnelle seraient plus réticents à demander de l'aide et auraient, pour composer avec le stress, davantage tendance à adopter des comportements nuisibles à la santé comme la consommation de drogue ou d'alcool (Moller-Leimkuhler 2003).

Relativement peu de recherches ont étudié les expériences de santé des hommes et très peu de services de santé se préoccupent des besoins particuliers des hommes (Courtenay 2000; Banks 2004; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes 2004; Lefebvre 2004; Tremblay 2010) et encore moins de ceux en situation de pauvreté (Desgagné 2010). Des recherches sont donc nécessaires pour approfondir les liens entre masculinité, expériences de pauvreté, santé et services d'aide (Ruxton 2002; Galdas, Cheater et al. 2005; Strier 2005) afin, notamment, de mieux comprendre les inégalités de santé entre hommes riches et pauvres.

#### *1.1.3.2.7 Conclusion*

Ainsi, malgré une diminution du nombre de personnes pauvres, comme la situation s'est aggravée pour plusieurs, elle demeure préoccupante au Québec. La condition des personnes au bas de l'échelle est particulièrement alarmante, car en plus de vivre dans une précarité matérielle, elles font l'objet de préjugés et leur vie semble imbriquée dans une spirale descendante d'exclusion sociale.

Plusieurs groupes de personnes en situation de pauvreté pourraient faire l'objet d'une étude plus approfondie. Les hommes ressortent notamment comme un groupe que l'on connaît peu et dont les trajectoires n'ont pas été documentées. Mieux comprendre la situation et les expériences des hommes en situation de pauvreté représente un besoin tant du côté de la recherche que de celui de l'intervention. Enfin, notons que plusieurs recommandations du CEPE ou du CCLP visant l'atteinte des buts de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent aussi être invoquées pour démontrer la pertinence du projet de recherche que nous avons réalisé. En effet, le CCLP a souligné le grand besoin de mieux comprendre les obstacles qui nuisent à la capacité d'agir des personnes et des collectivités en situation de pauvreté, d'identifier des moyens d'éliminer ces obstacles et enfin d'améliorer la capacité des personnes et de leur milieu à transformer la situation. De plus, ce comité a réitéré l'importance de tenir compte du point de vue des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et décisions qui les concernent.

#### **1.1.4 Quelques lacunes importantes dans les études empiriques sur la pauvreté**

Comme nous l'avons déjà souligné, la majorité des auteurs admettent que la pauvreté relève d'un processus dynamique évoluant dans le temps; néanmoins, elle a jusqu'à présent été surtout étudiée de façon statique et transversale (Ninacs 2002; Rossini 2002; Dewilde 2003; McDonough and Berglund 2003; Kemp, Bradshaw et al. 2004; Kotari and Hulme 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Lollivier and Verger 2005; McDonough, Sacker et al. 2005). Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier l'importance d'étudier les dynamiques de la pauvreté, notamment : identifier le nombre de personnes affectées par la pauvreté de courte et de longue durée (Kemp, Bradshaw et al. 2004); connaître et comprendre les événements

déclencheurs et les processus qui conduisent à la pauvreté ou permettent d'en sortir (Kemp, Bradshaw et al. 2004; Lollivier and Verger 2005); distinguer les causes et conséquences de la pauvreté transitoire et de la pauvreté chronique, qui vraisemblablement sont des phénomènes distincts (McDonough and Berglund 2003); et aider à mieux comprendre les liens entre la pauvreté et la santé (Judge and Peterson 2001; McDonough and Berglund 2003; Phipps 2003; Nielsen, Juon et al. 2004; McDonough, Sacker et al. 2005).

#### **1.1.4.1 Entrées, sorties et trajectoires de pauvreté**

Une manière intéressante d'étudier la dimension dynamique de la pauvreté est de partir des trajectoires de pauvreté. Kemp et coll. (2004), qui ont effectué une revue des écrits sur les trajectoires d'entrée et de sortie de la pauvreté, constatent une mobilité économique considérable (c'est-à-dire plusieurs entrées et sorties de la pauvreté) ainsi que le fait qu'une minorité de personnes sont pauvres de façon chronique. Toutefois, la plupart des personnes qui sortent de la pauvreté économique demeurent proches des seuils de référence de pauvreté et certaines d'entre elles retournent dans une situation de pauvreté après une courte période de temps. Nous détenons très peu de connaissances sur la dynamique et la situation socio-économique des personnes vivant au Canada et au Québec (Phipps 2003). Nous savons toutefois que pour la majorité des personnes la pauvreté constitue un état transitoire. Selon Finnie (2000), cité par Phipps (2003), qui a étudié une banque de données entre 1992-1996, nous retrouvons environ 50 % des personnes pauvres pour qui la situation de pauvreté est temporaire et environ 40 %, pour qui la pauvreté est chronique. Comme nous l'avons vu précédemment, certains groupes de personnes sont plus susceptibles de vivre la pauvreté de longue durée et nous constatons que le chômage de longue durée a augmenté pour certains groupes au cours de la dernière décennie (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

Plusieurs études longitudinales récentes se préoccupent aussi des entrées et des sorties de la pauvreté économique (Finnie and Sweetman 2003; Lollivier and Verger 2005) ainsi que des facteurs qui provoquent ces transitions (Kemp, Bradshaw et al. 2004; McKernan and Ratcliffe 2005). Un des constats principaux est qu'il n'y a pas de trajectoire unique d'entrée ou de sortie de la pauvreté. Différents facteurs sont dégagés comme déclencheurs de ces transitions,

tels qu'un changement dans la composition du ménage (mariage, divorce, décès, naissance d'un enfant, départ d'un enfant), un changement dans l'état de santé (maladie, handicap), un changement dans l'éducation (compléter un diplôme), un changement de statut d'emploi (perte ou gain d'emploi, passage à la retraite). Parmi ces facteurs, les situations d'emploi (le gain ou la perte) seraient particulièrement déterminantes dans les trajectoires (Kemp, Bradshaw et al. 2004; Lollivier and Verger 2005; McKernan and Ratcliffe 2005).

Malgré ces études qui font ressortir les facteurs déclencheurs des trajectoires économiques, la compréhension du comment et du pourquoi les personnes entrent et sortent de la pauvreté demeure limitée (Dewilde 2003; Lock Kunz and Franck 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004). En effet, les études existantes sont davantage centrées sur la description des tendances que sur la compréhension, en décrivant surtout qui sont les pauvres plutôt que comment on le devient, ou comment on s'en sort (Rossini 2002; Dewilde 2003; Kotari and Hulme 2004; Lock Kunz and Franck 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Lollivier and Verger 2005). Par exemple, le travail rémunéré est considéré comme un élément facilitant la sortie de la pauvreté. Toutefois, nous comprenons encore mal les facteurs qui facilitent ou nuisent à la transition du non-emploi à un emploi rémunéré (Kemp, Bradshaw et al. 2004). De plus, bien que le travail rémunéré aide à sortir de la pauvreté, il n'est pas une garantie contre celle-ci. Plusieurs personnes en situation de pauvreté ont en effet tendance à obtenir des emplois faiblement rémunérés; leur situation est ainsi maintenue en quelque sorte. Pour reprendre l'analogie du jeu bien connu, il y a des « besoins d'une meilleure compréhension sur quand le travail agit comme une échelle et quand il agit comme un serpent » (Kemp, Bradshaw et al. 2004), traduction libre, p.100) afin de briser le cercle vicieux entre le non-emploi et l'emploi faiblement rémunéré.

Les études longitudinales de nature quantitative sont principalement focalisées sur la pauvreté économique et les trajectoires de revenus, excluant les autres dimensions de la pauvreté (Dewilde 2003). Lollivier et Verger (2005), qui font le même constat, ont examiné autrement les dynamiques de différentes formes de pauvreté, toujours à l'aide de données longitudinales. Ces auteurs ont constaté que les différentes formes que revêt la pauvreté (pauvreté de conditions de vie, pauvreté monétaire, pauvreté subjective, pauvreté relationnelle, pauvreté de

santé, etc..) n'apparaissent pas en même temps : un processus temporel semble émerger suggérant l'existence de causalité entre ses diverses formes. Par exemple, la pauvreté subjective et l'aide institutionnelle seraient des indicateurs avancés de l'ensemble des difficultés, contrairement aux privations matérielles arrivant tôt dans les trajectoires. Ces auteurs encouragent des recherches qui tiendraient davantage compte des diverses dimensions de la pauvreté.

Enfin, la majorité des études semble davantage centrée sur l'étude des facteurs individuels et familiaux que sur des facteurs structurels comme les conditions économiques, les politiques publiques et la discrimination. De plus, ces études sont essentiellement de nature empirique et font rarement des références explicites à des fondements théoriques, ce qui limite la compréhension du phénomène (Dewilde 2003).

#### **1.1.4.2 Le besoin de recherches qualitatives dans l'étude des dynamiques de la pauvreté**

Tout en reconnaissant les avantages des études quantitatives longitudinales, plusieurs identifient la nécessité d'études qualitatives pour tenter de mieux comprendre et d'expliquer les processus qui conduisent des personnes ou des populations à la pauvreté et à l'exclusion sociale, qui les y maintiennent ou qui leur permettent d'en sortir (Rossini 2002; Kotari and Hulme 2004; Malenfant, Lévesque M. et al. 2004).

Alors que l'approche quantitative est plus orientée vers la mesure du phénomène de la pauvreté ainsi que vers la mise en évidence des régularités, les approches qualitatives recherchent la compréhension interprétative des phénomènes et s'attardent à comprendre le singulier (Groulx 1997; Gondard-Delcroix 2003). La recherche qualitative est plus qu'un extra s'ajoutant aux résultats des recherches quantitatives. Elle peut contribuer tout autant en apportant, entre autres, une profondeur conceptuelle et théorique aux connaissances (Poupart, Deslauriers et al. 1997; Popay and Williams 1998; Kelly, Bonnefoy et al. 2006). Elle permet notamment de se questionner sur les processus qui provoquent la pauvreté, sur les ressources mises en œuvre par les acteurs ainsi que sur le rôle des mécanismes institutionnels et professionnels dans l'évolution du phénomène (Groulx 1997). « Par la compréhension des



processus et des dynamiques en jeu, la recherche qualitative permet de déterminer les types et les niveaux d'interventions, c'est-à-dire les attitudes à adopter, les tâches à faire, le soutien à donner, afin de dénouer les situations de crise » (Groulx, 1997, p.).

À notre connaissance, peu de recherches qualitatives ont porté sur les trajectoires de pauvreté (Rossini 2002; Kotari and Hulme 2004). Une seule étude québécoise a été identifiée, soit celle de Malenfant et coll. (2004). Ces auteurs ont fait ressortir plusieurs conditions et éléments qui ont influencé les trajectoires d'entrées ou de maintien dans la pauvreté. Selon eux, les périodes de transition suivantes sont des moments particulièrement cruciaux pour plusieurs des personnes rencontrées : arrêt précoce des études régulières, entrée dans la vie conjugale et arrivée des enfants (surtout pour les jeunes femmes), première entrée et première sortie du marché du travail, entrée en intermittence en emploi, réorientations professionnelles; pour les immigrants, les débuts de leur établissement au Québec et sur le marché du travail sont des moments critiques. Cette même étude a permis de repérer des lignes de convergences entre les trajectoires, mais également des divergences, ce qui a amené les auteurs à conclure à la nécessité de solutions flexibles et différenciées pour favoriser une action efficace. Leur analyse a aussi mis en évidence des liens entre la santé et les trajectoires de vie dans la pauvreté, les maladies compliquant le maintien ou la réintégration au marché du travail. Plusieurs des personnes rencontrées affichaient une certaine fragilité émotionnelle et une partie d'entre elles avait eu recours aux services de santé à un moment ou l'autre dans leur trajectoire. Nous avons déjà évoqué un de leurs principaux constats à ce chapitre : trop souvent, les services de santé et les services sociaux ne sont mis à contribution que lorsque la crise éclate et il serait donc nécessaire d'agir préventivement pour éviter des situations critiques (Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Malenfant and Lévesque 2005).

De nombreuses recherches quantitatives et qualitatives font ainsi ressortir que les changements dans les états de santé et maladie font partie des événements déclencheurs d'entrée, de maintien ou de sortie de la pauvreté; toutefois, ils ont été relativement moins étudiés que certains autres facteurs (Kemp, Bradshaw et al. 2004) et nous comprenons encore mal leurs articulations avec les trajectoires de pauvreté et les processus en cause (McDonough

and Berglund 2003; McDonough, Sacker et al. 2005; Curtis and Pennock 2006). Cela nous permet d'introduire, dans la prochaine section, les liens entre pauvreté et santé.

## 1.2. Les liens entre pauvreté et santé

### 1.2.1 Problèmes rencontrés dans le corpus des études sur le sujet

Il est difficile de faire le point sur l'état des connaissances concernant les relations entre la pauvreté, les inégalités et la santé en raison de plusieurs problèmes conceptuels, méthodologiques et techniques (Goldberg 2002; Lollivier 2003). L'un des premiers problèmes est la grande variabilité sur le plan des définitions de la pauvreté et des indicateurs utilisés pour la circonscrire. Mentionnons que nous sommes confrontés au même problème de définition en ce qui a trait au concept de santé, cette dernière étant parfois mesurée à partir de la perception subjective, parfois par la morbidité et dans certains cas même la mortalité (Judge and Peterson 2001; Phipps 2003; Kelly, Bonnefoy et al. 2006).

Il existe également une confusion entre les concepts de pauvreté, d'inégalité et d'iniquités qui sont trop souvent utilisés de façon interchangeable, mais qui sont pourtant distincts l'un de l'autre<sup>10</sup>.

En plus de la variabilité des indicateurs retenus pour saisir la pauvreté, on constate également de grandes différences sur le plan de la mesure des variables. Par exemple, il n'existe pas de consensus en santé publique sur la mesure la plus adéquate pour saisir le revenu d'une

---

<sup>10</sup> Nous adoptons les définitions suivantes qui ont été proposées par Kawachi et coll. 2002 et qui ont été traduites par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2005): ***'Inégalités sur le plan de la santé*** : « [...] est le terme générique utilisé pour désigner des écarts, des variations et des disparités dans les réalisations en santé et les facteurs de risque des individus et des groupes [...]n'impliquant aucun jugement moral [...]et pouvant résulter d'un] choix personnel qui ne soulèverait pas nécessairement des questions d'ordre moral ». ***'Iniquités ou Injustices sur le plan de la santé*** : « [*traduction*][...] fait référence aux inégalités jugées inéquitables et résultant de toute forme d'injustice [...]. La différence fondamentale entre l'égalité et l'équité réside dans l'identification des injustices sur le plan de la santé : ces injustices sont déterminées à l'aide d'un jugement normatif fondé sur (a) des théories de justice; (b) des théories sociétales; (c) un raisonnement relatif à l'origine des inégalités en santé. En raison du fait qu'il est nécessaire de faire appel à un jugement normatif pour identifier les injustices sur le plan de la santé, la science seule ne peut déterminer lesquelles de ces inégalités sont également inéquitables, ni dans quelle proportion une inégalité observée constitue une injustice ou une iniquité ». ( p. 29). Dans ce travail, nous utiliserons le terme inégalités en retenant que ce terme recouvre très souvent des iniquités inacceptables.

personne (Goldberg 2002; Phipps 2003) : certains utilisent le revenu individuel tandis que d'autres vont retenir le revenu familial, en expliquant que celui-ci reflète davantage l'accès de l'individu à des ressources financières (Judge and Peterson 2001).

Un autre problème est le manque flagrant de recours à des théories pour étudier les liens entre la pauvreté, les inégalités et la santé. Raphaël et ses collaborateurs ont révisé 241 études canadiennes qui ont examiné le lien entre le revenu et la santé et /ou les inégalités de santé. Seulement un tiers avait eu recours à un cadre théorique (Raphael, Macdonald et al. 2005). Cette situation limite non seulement notre capacité à comparer les études entre elles, mais aussi notre compréhension de la nature précise des relations entre pauvreté, inégalités et santé (Judge and Peterson 2001; Goldberg 2002; Lollivier 2003; Phipps 2003).

### **1.2.2 Pauvreté et santé : un lien bien connu malgré tout**

Au-delà de ces problèmes théoriques et méthodologiques, le fait que les personnes les plus pauvres sont plus malades et meurent plus tôt que les personnes mieux nanties est néanmoins observé depuis fort longtemps et considéré comme indiscutable (Wagstaff 2002; Association des infirmières et infirmiers du Canada - AIIC 2005). La relation inversement proportionnelle entre le statut socio-économique et le risque de développer une maladie ou de mourir plus tôt est une association très bien documentée qui s'applique à la plupart des types de maladies, d'incapacités et de causes de décès. Elle persiste selon les groupes d'âge, les périodes et les lieux (Marmot 1991; Marmot and Wilkinson 1999; Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002; Raphael 2002; Phipps 2003; Wilkinson and Marmot 2003; Raphael 2004; Curtis and Pennock 2006). Il est intéressant de noter que ce lien persiste également, peu importe la façon dont on détermine le statut socio-économique (revenu, scolarité, statut socioprofessionnel, etc.) (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002). Notons finalement que l'on peut observer ces associations autant sur un plan microsocial, c'est-à-dire au niveau de l'état de santé d'un individu, que sur le plan macrosocial, soit au niveau d'une population et son état de santé général (Judge and Peterson 2001; Phipps 2003).

### **1.2.3 Pauvreté et santé : une association à double sens?**

Certains auteurs parlent de probable causalité à double sens entre les deux phénomènes, la pauvreté engendrant la mauvaise santé et vice versa (voir Wagstaff, 2002 pour une revue des écrits sur le sujet). Cependant, on comprend encore mal l'articulation entre les trajectoires de pauvreté et les processus en jeu (McDonough and Berglund 2003; McDonough, Sacker et al. 2005; Curtis and Pennock 2006). Or ce sujet est très important. Effectivement, les auteurs d'une importante étude longitudinale dans laquelle on a suivi 7258 adultes ont trouvé que les personnes qui avaient connu un épisode de pauvreté économique dans leur vie avaient rapporté un état de santé plus faible que les personnes qui n'avaient jamais connu de situation de pauvreté, et ce, même en incluant les personnes qui avaient amélioré leur situation financière. Il est donc intéressant de constater que la situation économique actuelle ne semble pas effacer complètement l'effet délétère des expériences de pauvreté passées sur la santé (McDonough and Berglund 2003). La durée de l'épisode de pauvreté économique aurait également un effet distinct sur la santé, au sens où une plus longue durée aurait un effet plus néfaste (Phipps 2003; McDonough, Sacker et al. 2005). McDonough et coll. (2005) ont examiné cette question en détail et ont trouvé des dynamiques plus complexes qu'anticipées, qui varient selon l'âge, l'éducation et l'ethnicité. Leurs résultats leur font émettre comme hypothèse que, pour certaines personnes, la sévérité de la pauvreté peut être pire que sa durée et avoir un effet plus délétère sur la santé, car leur expérience pourrait être accompagnée d'exclusion sociale. Mentionnons que d'autres études ont également fait ressortir que la pauvreté aurait un effet délétère sur la santé au-delà de sa dimension matérielle (Galabuzi 2004; Raphael 2004; Paugam 2005 {Reid, 2004 #1246}). Mc Donough et al. (2005) concluent qu'il n'y a pas de relation simple entre les histoires de pauvreté et la santé. Des recherches biographiques qui capteraient les significations de la pauvreté et de ses éléments déclencheurs ainsi que leurs liens avec la santé seraient donc nécessaires, selon eux, pour approfondir notre compréhension.

### **1.2.4 Pourquoi et comment pauvreté et santé sont liées**

Si l'on retrouve un consensus sur le fait que la pauvreté est un déterminant puissant de la santé, la façon dont la pauvreté affecte la santé demeure l'objet de débats depuis plusieurs années (McDonough and Berglund 2003; Nielsen, Juon et al. 2004). De multiples théories ont été proposées pour aborder le lien entre pauvreté et santé, tant sur le plan individuel (Judge

and Peterson 2001) que sur le plan populationnel, afin d'expliquer la production d'inégalité en santé. Les principaux courants théoriques se sont construits autour des quatre hypothèses qui avaient été mises de l'avant en 1980 dans un fameux rapport anglais, le rapport Black (Macintyre 1997). Voici un aperçu des principales explications théoriques qui ont cours.

#### **1.2.4.1 Les explications matérialistes et structurelles**

L'hypothèse matérialiste soutient que le revenu et les conditions matérielles d'une société, comme l'infrastructure sociale (soins de santé, systèmes de transport, d'éducation, de logement, de loisirs), affectent la santé de sa population. Les inégalités au niveau de l'accès aux infrastructures sociales et à un revenu décent seraient dues aux processus économiques, politiques, culturels et historiques sous-jacents à une société donnée, et influenceraient la santé de la population (Phipps 2003; Raphael, Macdonald et al. 2005). Selon cette perspective, une distribution plus équitable des ressources devrait avoir plus de chances de réduire les inégalités de santé et améliorer la santé de la population (Lynch, Smith et al. 2000). Sur le plan individuel, l'explication matérialiste postule que les personnes à revenu différent ont un accès différentiel aux ressources sociétales et qu'elles sont exposées à des degrés divers aux facteurs de risque et aux conditions néfastes qui influencent leur santé. Cette perspective met l'accent sur le rôle des environnements externes qui échappent au contrôle individuel (Raphael, Macdonald et al. 2005).

#### **1.2.4.2 Les explications culturelles ou behavioristes**

Les explications de ce courant considèrent que les inégalités de santé sont le résultat d'une distribution différentielle des croyances et des comportements de santé à travers les différents groupes sociaux. Ainsi, les groupes les plus défavorisés seraient moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé (Raphael, Macdonald et al. 2005). Notons que parmi les tenants de cette approche, certains avancent que les comportements sont principalement sous le contrôle de l'individu alors que d'autres soutiennent, au contraire, qu'on ne peut séparer les choix et les modes de vie individuels des milieux sociaux, culturels et économiques dans lesquels ils émergent (Frohlich and Poland 2006; Sisson 2007). Ces dernières explications rejoignent les explications matérialistes et structurelles. Toutefois, elles ne mettent pas l'accent sur le revenu et les conditions matérielles, mais posent plutôt leur

regard sur l'influence des attitudes, des valeurs, des croyances culturelles et des normes sociales qui déterminent le comportement des personnes (Sisson 2007).

#### **1.2.4.3 Les explications psychosociales**

Ces explications sont focalisées sur l'exposition des individus à des phénomènes comme le stress, l'hostilité, la perte de contrôle, le désespoir et sur leurs conséquences délétères pour la santé des personnes et des collectivités. On y retrouve deux voies de recherche principales (Goldberg 2002; Sisson 2007). La première considère que les inégalités de revenu dans une société peuvent provoquer des réactions psychosociales qui affecteront leur santé chez les personnes vivant dans cette société. Wilkinson et coll. (1996) soutiennent par exemple que le stress associé au fait de se situer aux derniers échelons de la société (et non seulement au bas de l'échelle) provoque des processus psychologiques qui nuisent à la santé des personnes. Des effets néfastes sont également perceptibles sur le plan des collectivités, les inégalités de revenu détériorant la cohésion sociale et le capital social des collectivités, ce qui affectera à son tour la santé de la population (Kawachi et coll. 1999). La deuxième voie de recherche se penche sur les mécanismes bio-physio-pathologiques et tente de comprendre comment des facteurs psychosociaux exercent des effets sur la santé de façon directe ou indirecte (Goldberg 2002; Sisson 2007). Selon les tenants de cette vision, des circonstances sociales stressantes au travail, à la maison et dans la communauté, qui sont associées à un faible niveau de pouvoir et de soutien social, produisent des émotions qui déclenchent des changements bio-physio-pathologiques.

#### **1.2.4.4 La perspective du cours de la vie**

La perspective du cours de la vie (*Lifecourse approach*) stipule que la santé est non seulement le résultat des conditions actuelles, mais également le résultat des conditions de vie passées (Krieger, 2001). Selon cette perspective, les inégalités de santé sont le résultat des interactions entre les facteurs matérialistes, comportementaux et psychosociaux dans le temps (Graham 2002; Kawachi, Subramanian et al. 2002; Raphael 2006; Sisson 2007). Cette perspective incorpore donc les éléments des explications matérielles, culturelles et psychosociales précédemment exposées en introduisant la notion de temporalité. Cette perspective considère que la santé des personnes est façonnée tout au long de leur vie par le cumul des effets des expériences de vie

et des contextes sociaux, économiques, politiques, technologiques et écologiques dans lesquels elles les expérimentent (Blane 1999; Krieger 2001; Kawachi, Subramanian et al. 2002). L'exposition à des conditions socio-économiques néfastes aurait ainsi un effet cumulatif délétère sur la santé (Blane 1999).

### **1.2.5 Les liens entre santé et pauvreté : quelles conclusions tirer?**

Les explications théoriques exposées ci-dessus ne sont pas perçues par la plupart des auteurs comme étant mutuellement exclusives, quoiqu'elles fassent l'objet de vifs débats. Pour certains, ces débats entre les contributions des explications culturelles behavioristes et les explications matérialistes et structurelles sont stériles et contre-productifs (Frohlich, Ross et al. 2006). Nous proposons donc ici de concevoir ces explications théoriques sur les inégalités de santé comme étant complémentaires tout en étant provisoires. Bien qu'il y ait eu plusieurs avancées sur le plan de la théorisation des inégalités en santé, les mécanismes précis par lesquels la pauvreté et les autres déterminants sociaux sont liés à la santé et aux inégalités demeurent encore mal compris (McDonough and Berglund 2003; Nielsen, Juon et al. 2004; McDonough, Sacker et al. 2005).

Signe des temps, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé en mars 2005 une commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) pour faire le point sur ce sujet et pour proposer des interventions et des politiques visant à améliorer la santé et à réduire les inégalités en agissant sur les déterminants sociaux (OMS, 2007). Des réseaux internationaux composés de scientifiques et de praticiens de renom ont été créés pour traiter différents thèmes et synthétiser les connaissances afin d'alimenter la commission. Solar et Irwin (2005), qui faisaient justement partie d'un de ces réseaux, ont développé un cadre conceptuel d'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé à partir de différents autres modèles et cadres. Ces auteurs ont constaté les divergences, mais aussi certaines convergences quant aux facteurs retenus. Ils ont relevé plusieurs besoins de recherche, notamment la poursuite d'études qui permettraient d'éclaircir les mécanismes par lesquels les déterminants sociaux génèrent des inégalités de santé et de comprendre les relations entre ces déterminants. Ils ont souligné la nécessité de comprendre les effets distincts des déterminants

structuraux (comme le revenu et l'éducation) et des facteurs intermédiaires (les conditions de vie, les comportements) sur la santé.

Comme d'autres auteurs (Judge and Peterson 2001; McDonough and Berglund 2003; Solar and Irwin 2005; Raphael 2006), parmi les pistes de recherches identifiées pour approfondir la compréhension de la pauvreté et des liens entre pauvreté et santé, Solar & Irwin (2005) recommandent fortement l'adoption de la perspective des trajectoires de vie. Cette perspective semble se dégager comme un outil conceptuel très utile à la compréhension du phénomène de pauvreté et de ses liens avec la santé et la maladie. C'est pourquoi, comme nous le verrons plus loin, nous avons décidé d'y souscrire et de l'utiliser pour notre recherche.

Une autre recommandation de Solar et Irwin (2005) invite finalement la communauté scientifique à effectuer plus de recherches sur le fait que le système de santé trouve rarement une place dans les modèles explicatifs. Ces auteurs argumentent, comme d'autres (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Furler 2006), que le système de santé devrait au contraire être considéré comme un déterminant intermédiaire de la santé, notamment à cause de l'effet de rétroaction de l'état de santé sur la position socioéconomique d'un individu ou d'un groupe. Dans la prochaine section, avant de conclure ce chapitre par nos objectifs de recherche, nous examinerons plus en détail la place du secteur de la santé dans la lutte à la pauvreté.

### **1.3 La place du secteur de la santé dans la lutte à la pauvreté**

#### **1.3.1 Interventions du système de santé en regard de la pauvreté : reconnaissance des enjeux, mais relativement peu d'actions de santé publique**

Malgré un consensus sur l'importance d'intervenir sur la pauvreté et les inégalités de santé (Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 2002; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Solar and Irwin 2005), il existe relativement peu d'actions en santé publique visant spécifiquement leur réduction, le Canada accusant même à cet effet un retard sur plusieurs autres pays industrialisés (Williamson 2001; Raphael 2002; Raphael 2003; Ridde



2004; Raphael 2006; Raphael and Bryant 2006). Les programmes de santé publique tant canadiens (Raphael 2006), Canadian Population Health Initiative, 2002 ; Raphael, 2006) que québécois (Ridde 2004) ont été critiqués à cet égard; de fait, bien qu'ils nomment la diminution des inégalités comme un objectif général, ils n'intègrent pas de façon explicite leur réduction dans les objectifs visés par leurs diverses stratégies, et les indicateurs de performance choisis ne sont pas sensibles aux écarts entre les sous-groupes. Notons par exemple, comme l'a souligné Ridde (2004), que le programme québécois de santé publique ne vise pas explicitement la réduction de la pauvreté; il prévoit diminuer les inégalités de santé par le biais, entre autres, de soutien aux groupes « vulnérables », les groupes socioéconomiquement défavorisés étant parmi les groupes vulnérables identifiés. Dans la même veine, Williamson (2001), qui a fait une étude auprès des unités de santé publique à travers le Canada, a trouvé que la moitié de celles-ci n'avaient pas d'initiative visant à combattre la pauvreté. L'auteur a dénombré 224 initiatives de santé sur le thème de la pauvreté à travers le secteur de la santé au Canada et près des deux tiers portaient sur les conséquences de la pauvreté plutôt sur sa réduction. Très peu d'initiatives visaient la sensibilisation à la pauvreté, à sa prévention, à la mise en valeur des compétences et de la formation des personnes en situation de pauvreté ou encore des modifications sociales et économiques d'éléments qui contribuent à la pauvreté (Williamson 2001).

Les pratiques actuelles de santé publique au Canada et au Québec demeurent majoritairement axées sur les déterminants individuels et sur le changement de comportement, plutôt que de s'agir sur les déterminants sociaux, comme la pauvreté (Wallerstein and Freudenberg 1998; Frohlich and Potvin 1999; Ziglio, Hagard et al. 2000; Kickbusch and Payne 2003; Raphael 2003; Solar and Irwin 2005; Dupéré, Ridde et al. 2006). Les stratégies de promotion de la santé visant un changement de mode de vie ou de comportement réussissent mieux avec les personnes des niveaux socioéconomiques supérieurs, ces dernières ayant la motivation, les ressources, l'appui social et l'environnement nécessaires pour réussir à faire ces changements (Frohlich and Poland 2006). Or, malgré ce constat, les stratégies d'interventions demeurent indifférenciées (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005).

### **1.3.2 Le système de soins: un producteur d'inégalités de santé?**

Bien que différentes initiatives aient été lancées par les ministres de la Santé des provinces canadiennes, on remarque un manque de cohérence dans les approches ainsi qu'un manque d'investissement financier et d'énergie dans la réduction des inégalités en santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005). Même si la majorité des recherches révèle que les grandes disparités de santé découlent de déterminants non médicaux, plusieurs conçoivent que le système de soins peut aussi contribuer à augmenter les disparités de santé (Lombrail, Pascal et al. 2004; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Williamson, Stewart et al. 2006).

Le rôle du système de santé dans la production de la santé et des inégalités de santé est très peu considéré actuellement (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Solar and Irwin 2005; Furler 2006). Depuis le constat du rapport Black, la majorité des recherches ont exploré les causes des inégalités hors du système de santé et de soins (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005). Comme nous l'avons déjà mentionné, quoiqu'il soit évident que le secteur de la santé est loin d'être l'unique responsable des inégalités de santé, cela ne veut pas dire qu'il ne joue aucun rôle à cet effet (Gwatkin 2000; Bernard and Raynault 2004; Lombrail, Pascal et al. 2004).

Dans un contexte où, en ce qui concerne les soins aigus, la médecine s'est améliorée et est devenue plus performante, les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui qu'auparavant sur les inégalités de santé (Mackenbach 2003; Mackenbach, Bakker et al. 2003; Bernard and Raynault 2004; Couffinhal, Dourgnon et al. 2005). Par ailleurs, même si les soins médicaux ne font pas disparaître les maladies chroniques, ils peuvent néanmoins réduire leur impact sur l'incapacité fonctionnelle et augmenter la qualité de vie des personnes (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Furler 2006).

Même dans les systèmes qui proposent un accès théoriquement universel, on retrouve des différences d'accès réel aux soins selon le statut socio-économique (Lombrail, Pascal et al. 2004; Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Furler 2006; Williamson, Stewart et al. 2006).

L'accès peut être saisi à travers deux notions principales : l'accès potentiel et l'accès réalisé. L'accès potentiel représente la possibilité d'accéder aux soins et se rapporte à l'offre de services. L'accès réalisé se rapporte à l'utilisation des services. Il comprend l'accès primaire qui correspond à l'entrée dans le service et au degré d'utilisation des services, et un accès secondaire qui renvoie à la manière dont le service se déroule (la continuité des soins ; la coordination des soins et la globalité des soins) (Lombrail 2000). Le CCFPT (2005) a recensé plusieurs exemples canadiens où l'on constate que les personnes de statut socioéconomique plus élevé sont plus susceptibles d'avoir accès à des soins optimaux de qualité. Par exemple, malgré une santé plus mauvaise et des besoins en santé plus complexes, on constate que les personnes de faible statut socio-économique consultent moins les spécialistes que les personnes issues des échelons supérieurs. Elles sont également moins susceptibles d'être suivies de façon continue par des soignants qui connaissent leurs besoins.

On peut donc s'interroger sur les différences qui existent dans les réponses du système en fonction des caractéristiques sociales des personnes qui vivent une pathologie identique (Couffinal, Dourgnon et al. 2005; Williamson, Stewart et al. 2006).

### **1.3.2.1 Comment expliquer l'accès différentiel aux soins?**

Plusieurs éléments ont été avancés pour expliquer les différences dans l'accès aux soins. Une analyse détaillée de la problématique de l'accès est fort complexe, impliquant l'interaction dynamique de structures, d'organisations, de représentations et de pratiques sociales. Rappelons ici les principales hypothèses qui ont été formulées pour expliquer l'accès différentiel aux soins des personnes en situation de pauvreté.

#### *1.3.2.1.1 Sur le plan de l'accès primaire aux soins*

Plusieurs obstacles financiers persistent dans l'accès au système de soins, notamment au Canada pour les soins dentaires, les soins oculaires, la physiothérapie, les médicaments et plusieurs services préventifs qui ne sont pas entièrement couverts par les programmes provinciaux de santé; de plus, les frais liés au transport constituent des obstacles non négligeables pour plusieurs (Williamson, Stewart et al. 2006). Au-delà des barrières

financières, plusieurs auteurs discutent des barrières culturelles. En effet, les populations les plus pauvres, qui ont un moins bon niveau d'instruction, recourent souvent plus tardivement aux services de santé (Couffinhal, Dourgnon et al. 2005; Paquet 2006). La moins bonne reconnaissance, par les personnes en situation de pauvreté, des signes avant-coureurs des problèmes de santé et leur réaction à ces signes pourraient également expliquer ces différences dans la consultation médicale (Bernard and Raynault 2004). On explique aussi la sous-utilisation ou le recours tardif aux soins par l'incompatibilité qui existe entre l'organisation des services et les conditions de vie des personnes en situation de pauvreté; ce serait particulièrement le cas pour les personnes itinérantes, qui ont tendance à utiliser les services en dernier recours, notamment en raison de leurs conditions de vie (survie) et de divers besoins essentiels en concurrence, rendant impossible le recours au système (Roy, Morin et al. 2006). D'autres expliquent encore que les expériences passées malheureuses avec le système de soins alimentent les représentations négatives et la méfiance des personnes en situation de pauvreté envers les services de santé (Bedos, Brodeur et al. 2003; Williamson, Stewart et al. 2006; Bedos, Levine et al. 2009). Les personnes en situation de pauvreté ont été ou craignent souvent d'y être victimes de discrimination et d'être confrontées au mépris des professionnels de la santé. Elles sous-utilisent ainsi les services de santé (Reid 2004; Hart and Freeman 2005; Bedos, Levine et al. 2009).

#### *1.3.2.1.2 Sur le plan de l'accès secondaire*

Les travaux de recherche ont mis en évidence un ensemble de barrières à l'accès aux soins de santé, qui trouvent leur source dans le rapport que les personnes en situation de pauvreté entretiennent avec les services. Les éléments psychosociaux et culturels dans la dynamique des relations entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de pauvreté pourraient engendrer des difficultés d'accès aux soins de qualité. Certains ont fait ressortir par exemple que les écarts socioculturels entre le professionnel de la santé et son patient pourraient engendrer des problèmes de communication (Paquet 2006). Parfois, la culture dans laquelle vivent ces personnes véhicule des croyances différentes de celles des professionnels de la santé concernant les maladies diagnostiquées, leurs causes et les traitements (Maze 2005). Le fossé culturel qui en résulte peut engendrer des frustrations de part et d'autre, et pourrait même mener à de mauvais traitements (Maze 2005). D'autres auteurs ont trouvé que les professionnels de la santé avaient des perceptions et attitudes négatives envers les personnes en situation de pauvreté, les tenant responsables de leur mauvaise santé et de leur

pauvreté (Bedos, Tubert et al. 2006). Par exemple, une étude récente a trouvé que les dentistes québécois percevaient de la nonchalance et de la négligence dans l'accès tardif aux services dentaires et les annulations de dernière minute des personnes en situation de pauvreté. Les auteurs ont expliqué que les perceptions négatives et frustrations des dentistes reflétaient une mauvaise compréhension des réalités et des contextes dans lesquels vivaient ces personnes (Loignon, Allison et al. 2010).

#### *1.3.2.1.3 La nature des relations entre personnel de santé et personnes en situation de pauvreté*

Peu d'études ont tenté de comprendre les relations de pouvoir entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de pauvreté, et comment ces relations pouvaient affecter l'accès aux soins de qualité et entretenir (voire aggraver) les inégalités de santé (Reid 2004; Hart and Freeman 2005). Hart et Freeman (2005), qui ont tenté de conceptualiser les éléments psychosociaux et psychodynamiques dans les relations entre les infirmières et sages-femmes et les personnes en situation de pauvreté, soutiennent que le développement, la protection et le maintien de l'ego professionnel forment les interventions des infirmières et peuvent contribuer à la perpétuation des inégalités de santé. Elles soutiennent que les interventions auprès des personnes en situation de pauvreté peuvent avoir des effets délétères, notamment sur le plan de l'estime de soi des personnes. Ces interventions peuvent également déclencher des réactions de rejet, d'évitement, de colère ou de dépendance, pouvant ainsi provoquer des problèmes de santé physique et mentale et contribuer alors à alimenter les inégalités de santé.

### **1.3.3 Pourquoi cet immobilisme du système de santé?**

Plusieurs éléments d'ordre idéologique, politique, économique, culturel et social peuvent expliquer ce relatif immobilisme quant au rôle de la santé publique et du système de soins en matière de lutte à la pauvreté et aux inégalités de santé au Québec et ailleurs. Citons entre autres :

1. Le souci au Québec de planifier les programmes à partir de données probantes. Or on constate un manque de données probantes sur les interventions efficaces de réduction des

inégalités de santé, en partie relié à la difficulté d'évaluer ces interventions selon la logique positiviste qui est sous-jacente aux données probantes (Ridde 2004).

2. Le peu d'intérêt des experts de santé publique envers l'approche communautaire et le développement des communautés, stratégies importantes dans la lutte aux inégalités de santé, comparativement aux autres domaines plus traditionnels de santé publique (Ridde 2004).

3. Les valeurs biomédicales et les idéologies positivistes encore dominantes dans le secteur de la santé, qui perçoivent l'engagement dans la lutte à la pauvreté et aux inégalités comme relevant d'autres secteurs de la société ou comme une action militante non adéquate pour des disciplines « scientifiques » dont la rationalité et l'objectivité ne doivent pas être biaisées par des considérations d'ordre idéologique ou politique (Raphael 1998; Raphael 2000; Raphael 2002; Massé 2003; Raphael 2003).

4. Dans un contexte de dépendance économique des systèmes publics de santé envers le gouvernement, la peur des répercussions reliées à un engagement politique envers la réduction de la pauvreté et des inégalités (Wallerstein and Freudenberg 1998; Williamson 2001; Raphael 2002; Raphael 2003).

5. Le manque de formation, réel ou perçu, des intervenants du secteur de la santé pour travailler dans ces domaines (Williamson 2001; Reid and Hébert 2005; Williamson, Stewart et al. 2006)

6. Le manque de soutien institutionnel et de reconnaissance des pratiques développées par certains intervenants (McAll, Fortier et al. 2000; Raphael 2003; Reid 2004; Reid and Hébert 2005; Furler 2006).

7. Le manque d'information concernant les causes structurelles de la pauvreté et ses liens avec la santé, qui alimente l'incompréhension du public et influence par conséquent son soutien à certaines politiques publiques (Reutter 1999; Reutter, Harrison et al. 2002; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Reutter, Veenstra et al. 2005; Reutter, Veenstra et al. 2006). Par exemple, le public canadien serait davantage sensibilisé aux explications behavioristes et culturelles qui attribuent aux personnes la responsabilité de leur mauvaise santé et de leur situation de pauvreté (Reutter 1999; Reutter, Harrison et al. 2002; Reid 2004; Reutter, Veenstra et al. 2005; Reutter, Veenstra et al. 2006).

### **1.3.4 Système de santé et inégalités de santé : quelles conclusions tirer?**

Comme bien d'autres, nous pensons que le système de santé doit jouer un rôle fondamental dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités de santé, de concert avec les autres secteurs gouvernementaux et la société en général (Solar and Irwin 2005; Furler 2006). La fragmentation des soins et leur orientation sur le curatif plutôt que sur le préventif rendraient le système difficilement capable de répondre aux besoins plus complexes et continus des personnes défavorisées (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005; Williamson, Stewart et al. 2006).

Malenfant et Lévesque (2005) soutiennent néanmoins que les professionnels de la santé sont souvent les mieux placés pour amorcer une intervention multidisciplinaire qui soutiendra la personne dans le processus de recouvrement de sa santé mentale et de son intégration au travail. Le système de santé est également en mesure de faire en sorte que les problèmes de santé ne se soldent pas par une détérioration supplémentaire de la situation sociale des populations. Il est aussi en position pour faciliter la réintégration sociale des malades (Malenfant, Lévesque M. et al. 2004). Par ailleurs, au-delà des interventions curatives et préventives pour améliorer la santé des personnes pauvres, on reconnaît l'importance des interventions du secteur de la santé pour atténuer les causes et les effets des déterminants de la santé autres que le système de santé lui-même (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005), par le biais notamment des actions intersectorielles de santé publique.

Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour éclairer l'action du système de santé en lien avec la pauvreté.

### **1.4. Les trajectoires de vie comme cadre conceptuel**

Nous avons décidé, comme mentionné plus haut, de nous inspirer de la perspective des trajectoires de vie pour mener notre projet. Cette perspective a été évoquée maintes fois et elle

est de plus en plus reconnue en santé publique comme une approche de pointe pour étudier les inégalités de santé (Krieger 2001; Graham 2002; Kawachi, Subramanian et al. 2002; Solar and Irwin 2005; Raphael 2006). Nous en disons donc quelques mots supplémentaires ici avant de passer au chapitre suivant où nous exposons en détail la méthode utilisée.

L'approche des trajectoires de vie considère que la santé des personnes est façonnée tout au long de leur parcours par l'effet cumulatif de leurs expériences et des contextes dans lesquels elles se déroulent (Blane 1999; Hertzman 1999; Davey Smith, Gunnell et al. 2001; Kawachi, Subramanian et al. 2002). Selon cette approche, les trajectoires des personnes sont façonnées par la période historique dans laquelle elles vivent et sont en lien avec le contexte social, économique, politique, technologique et écologique (Krieger 2001). L'exposition à des conditions socio-économiques néfastes aurait ainsi un effet cumulatif délétère sur la santé (Blane 1999; Hertzman 1999; Davey Smith, Gunnell et al. 2001).

La perspective des trajectoires, aussi nommée la perspective des parcours de vie (*lifecourse approach*), est également utilisée en sciences sociales (Dewilde 2003; Bernard 2006; Bernard and McDaniel 2008). Le concept de trajectoire s'inscrit notamment dans les courants sociologiques récents qui adoptent de plus en plus des perspectives centrées sur la capacité d'agir des individus (*human agency*) plutôt que des perspectives centrées exclusivement sur les structures (Paerregaard 1998). Selon cette perspective, les structures influencent les actions des personnes et en retour les actions des personnes influencent et transforment les structures; les personnes ne sont donc pas considérées comme étant uniquement des 'produits sociaux'. Elles sont également perçues comme des agents actifs capables de mobiliser, négocier et transformer cet environnement (Paerregaard 1998).

Giele & Elder (1998) exposent dans un ouvrage central les grandes prémisses de la perspective des parcours de vie :

1. L'époque, la position et le lieu : les parcours de vie sont imbriqués et influencés par le temps (contexte historique), la position sociale des personnes (héritage social et culturel) et



les lieux (contextes sociaux et culturels tant local que national) dans lesquels les personnes ont vécu au cours de leur vie.

2. Des vies interreliées : les trajectoires de vie des personnes se croisent et s'influencent mutuellement, notamment par le biais des réseaux familiaux et sociaux. Les trajectoires des personnes sont également forgées par leurs interactions avec les institutions, ces dernières étant en retour influencées par les personnes.

3. La *human agency* : les personnes construisent leur parcours de vie à travers les choix qu'elles effectuent et les actions qu'elles entreprennent, ceux-ci étant néanmoins modulés par les opportunités et les contraintes de leurs contextes de vie. Le profil psychologique des personnes est considéré ici comme ayant une certaine influence sur leurs actions.

4. La dimension temporelle de la vie : le parcours de vie des personnes se déroule dans le temps et cette dimension temporelle est cruciale. En effet, les moments et les séquences des événements et des transitions jouent un rôle clé dans le déroulement des trajectoires. Les moments de la survenue des événements et transitions sont critiques, car ils peuvent conduire à des effets différenciés. Les personnes construisent leur présent et leur avenir à partir des expériences vécues dans leur passé.

La perspective des parcours de vie semble ainsi particulièrement pertinente pour répondre à nos préoccupations de recherche, car elle permet d'étudier les processus complexes et interreliés entre la structure sociale (tant sur le plan micro, méso que macro) et la capacité d'agir humaine (*human agency*). Ce cadre nous permet d'examiner les rapports entre le système sociosanitaire et les personnes en situation de pauvreté et de cerner notamment l'influence du secteur de la santé comme système social sur les expériences et les parcours des personnes. Pour Paul Bernard (Bernard and Raynault 2004), l'approche des parcours de vie se situe au-delà de la théorie sociale; elle est d'ordre paradigmatique et permet de concevoir des problèmes de recherche en santé en regroupant dans un cadre cohérent de nombreuses dimensions utiles à la pratique. Quoique plusieurs recherches qui adoptent cette perspective soient généralement focalisées sur le plan individuel en examinant des expériences vécues de personnes, le cadre nous invite à une analyse plus systémique des influences des contextes sociaux et historiques sur les parcours individuels. De plus, ce cadre définit les personnes comme étant des êtres actifs plutôt que passifs (Giele and Elder 1998).

## 1.5 Objectifs et questions de notre recherche

Attendu le contexte évoqué plus haut dans les trois premières sections du chapitre, documenter la place occupée par les ressources du secteur de la santé dans les trajectoires de vie de personnes en situation de pauvreté, en plus d'ajouter aux connaissances sur le sujet, a le potentiel de nourrir la réflexion et l'intervention du secteur de la santé. Par ailleurs, un groupe de chercheurs et décideurs canadiens qui ont examiné les lacunes de la recherche sur la question de la pauvreté et de la santé ont identifié, parmi les diverses pistes intéressantes, le besoin d'effectuer des recherches participatives avec des personnes en situation de pauvreté, ces dernières ayant le potentiel d'éclairer le développement d'interventions adéquates pour le secteur de la santé (Raphael, Labonte et al. 2006; Williamson, Stewart et al. 2006). Ceci a donc clairement participé à orienter notre projet.

On peut ainsi résumer l'ensemble de l'argumentaire des sections précédentes dans les constats suivants :

1. La pauvreté est un phénomène étudié depuis fort longtemps, mais il demeure pertinent comme sujet d'étude, notamment du fait que la situation persiste et même s'aggrave pour certaines personnes au Québec.
2. La pauvreté est un phénomène dynamique qui a cependant été étudié principalement de façon transversale. Pour rendre compte de l'aspect dynamique, le cadre des trajectoires de vie s'avère une approche avec un fort potentiel pour la compréhension de la pauvreté et de ses liens avec la santé et la maladie.
3. Quoique loin d'être le seul levier d'intervention, le secteur de la santé est un acteur important dans la lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale.
4. Mieux comprendre la place occupée par les services sociaux et de santé au sein des trajectoires de vie d'hommes en situation de pauvreté semble une voie intéressante pour

dégager des interventions utiles, attendu notamment le peu de connaissances que nous avons à propos de cette population particulière.

### **1.5.1 Objectifs et questions de recherche**

En conséquence, rappelons que la recherche décrite ici a été construite en vue de poursuivre les trois objectifs suivants : permettre de mieux comprendre les expériences et les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté quant à cette dernière et à la manière d'en sortir<sup>11</sup> ; mieux cerner le rôle des ressources d'aide sociosanitaires<sup>12</sup> et leur importance relative dans les trajectoires de vies d'hommes en situation de pauvreté ; proposer, à partir d'un savoir expérientiel, des pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté en tant que déterminant de la santé.

La poursuite de ces objectifs a ainsi été entreprise dans le cadre de notre recherche en tentant de répondre à la question générale suivante : quel est le rôle des ressources sociosanitaires institutionnelles et communautaires et l'importance relative de leurs impacts dans les trajectoires de vie d'hommes en situation de pauvreté?

---

<sup>11</sup> Cet objectif de recherche a émergé au cours du projet. Nous expliquons son émergence dans le chapitre 2

<sup>12</sup> Ressources institutionnelles et communautaires d'aide dans le domaine sociosanitaire

## **Chapitre 2 : Méthodologie**

Ce chapitre vise à présenter les choix méthodologiques et les différentes opérations effectuées pour mener à bien notre étude. Il est divisé en dix sections. Dans les trois premières, nous situons d'abord l'ancrage paradigmatique du projet, discutons de notre posture et précisons la nature participative du projet. Nous décrivons par la suite, en deux sections, les démarches préliminaires au projet et le milieu où il s'est déroulé. Nous détaillons aux sections 6, 7 et 8 la chronologie du projet de même que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Nous traitons à la section 9 des questions éthiques reliées à notre démarche et, finalement, nous précisons les critères de rigueur retenus pour nous guider.

### **2.1 Un ancrage paradigmatique de type constructiviste**

Considérant la coexistence de plusieurs manières de réaliser une recherche scientifique, il nous apparaissait essentiel de nous positionner d'entrée de jeu sur le plan paradigmatique afin d'élaborer un devis de recherche rigoureux; en effet, ce positionnement oriente nécessairement les choix théoriques et méthodologiques de toute entreprise de recherche (Mills, Chapman et al. 2007; Sylvain 2008). Un paradigme sert de guide pour délimiter le cadre d'une recherche, notamment pour formuler les questions, choisir les méthodes, choisir les critères de scientificité, interpréter les résultats et proposer les actions qui en découleront (Gendron 2001; Denzin and Lincoln 2003; Guba and Lincoln 2005). Décider d'un paradigme scientifique relève d'un choix personnel, en lien avec les valeurs et les croyances de la personne qui entreprend la recherche, puisqu'il n'existe pas de critères pour déterminer la supériorité d'un paradigme de recherche scientifique sur un autre (Guba and Lincoln 2005).

Dans le cadre de cette recherche, nous nous situons dans une orientation de type constructiviste puisque nous ne percevons pas l'existence d'une seule réalité, mais plutôt de réalités multiples qui participent à des constructions mentales locales et contextualisées. Selon cette orientation ontologique, la réalité est en effet plurielle, construite et reconstruite à travers l'expérience vécue (Gendron 2001; Guba and Lincoln 2005). Nous adhérons également à une épistémologie subjectiviste, caractéristique des orientations constructivistes de la pratique

scientifique. Nous considérons en effet que le sujet joue un rôle essentiel dans le développement des connaissances qui se construisent à partir de ses interactions et de ses actions (Guba and Lincoln 2005).

## **2.2 Une recherche qualitative de type interprétatif**

Les travaux entrepris dans le cadre de cette recherche se situent de plus dans le contexte d'une recherche qualitative de type interprétatif. Notre recherche a pour but d'approfondir le phénomène de la pauvreté telle que vécue par des hommes et de comprendre le rôle des ressources sociosanitaires au sein de leurs trajectoires de vie. De tels objectifs requièrent une approche qui met l'accent sur les qualités des phénomènes ainsi que sur les processus sous-jacents et sur leurs significations de même que sur la compréhension des contextes sociaux et culturels dans lesquels les individus sont enracinés (Patton 2002) plutôt que sur les quantités, les fréquences et les tendances (Deslauriers and Kérisit 1997).

La recherche qualitative permet l'adoption d'une vision interprétative du monde pour donner un sens aux phénomènes en se basant sur les significations que les personnes leur confèrent (Denzin and Lincoln 2003); elle est donc compatible avec l'ancrage paradigmatique évoqué plus haut. En effet, les approches de type constructiviste favorisent des méthodologies herméneutiques et dialectiques (Guba and Lincoln 2005). L'approche herméneutique tente de comprendre les significations des expériences humaines en laissant les expériences se révéler sans avoir recours à un cadre prédéterminé. Le processus dialectique implique de mettre en évidence des idées conflictuelles et de chercher à les dépasser. L'objectif principal est ainsi de tendre vers une construction commune tout en laissant place, au besoin, aux dimensions non résolues (Sylvain 2008).

À cet effet, nous avons décidé d'avoir recours à l'approche de théorisation ancrée pour ce que nous nous proposons de réaliser (Paillé 1994; Laperrière 1997; Creswell 1998; Strauss and Corbin 1998; McCaslin and Wilson Scott 2003). La théorisation ancrée peut être utilisée pour des questions de recherche qui n'ont jamais fait l'objet d'études scientifiques, mais aussi pour jeter un regard neuf sur un phénomène (Laperrière 1997; Guillemette 2006). Différentes

approches de théorisation ancrée existent, chacune reflétant des fondements épistémologiques distincts (Mills, Chapman et al. 2007; O'Connor, Netting et al. 2008). Nous nous sommes principalement inspirée de celle proposée par Kathy Charmaz (Charmaz 2006), compatible avec le positionnement interprétatif et subjectiviste énoncé plus haut. Dans cette approche, on vise la création d'une compréhension contextualisée et émergente plutôt que la création de théories testables. On tente de se centrer sur la recherche des significations et des perceptions qui, dans un contexte donné, peuvent contribuer à mieux comprendre une situation ou un problème.

Dans l'approche de théorisation ancrée interprétative que nous avons retenue, la chercheuse se considère comme une *involved insider* qui participe aux co-constructions de l'expérience du phénomène à l'étude (Mills, Bonner et al. 2006). Selon cette approche, la définition de l'objet de recherche conserve un caractère provisoire et peut être modifiée jusqu'à la fin de la réalisation de l'étude (Charmaz 2006). Ainsi, notre premier objectif de recherche n'était pas, initialement prévu, mais il a plutôt émergé en cours de route ; en effet, il nous est rapidement apparu dans notre étape d'exploration sur le terrain qu'il était incontournable d'approfondir les représentations que les participants se faisaient de la pauvreté pour comprendre comment ils la reliaient à la santé et au recours aux ressources. Dans cette approche interprétative, la collecte des données et l'analyse sont menées de façon simultanée et sont guidées par des stratégies heuristiques souples plutôt que des procédures fermes et spécifiques (O'Connor, Netting et al. 2008). De plus, la théorisation ancrée constitue un acte de conceptualisation où la réflexivité tient une place importante (Charmaz,2006).

### **2.3 Une recherche menée de manière collaborative avec une approche participative**

Comme beaucoup d'autres (Chambers 1997; Groupe de recherche Quart Monde-Université 1999; Labrie 2000; Bennett and Roberts 2004; Reid 2004; Chambers 2005; Reid and Hébert 2005; Comité AVEC 2006), nous croyons que le savoir nécessaire pour lutter contre la pauvreté se construit dans la réciprocité avec les personnes en situation de pauvreté. Nous croyons que l'apport du vécu de ces personnes est essentiel à la compréhension de la situation et à l'identification des meilleurs moyens pour l'améliorer. Comme Benoit Rebol-Salze

d'ATD Quart Monde l'a si bien résumé : « Si on veut lutter contre la pauvreté, on doit le faire en commençant avec les personnes qui la vivent, en pensant les projets et les programmes qui les concernent avec elles et pas à leur place » (Comité AVEC 2006).

Contrairement à ce que nous avons envisagé au départ, nous n'avons pas mené une recherche participative au sens strict comme nous l'avions souhaité<sup>13</sup>; nous avons plutôt réalisé une recherche collaborative avec un organisme communautaire, le CAP Saint-Barnabé<sup>14</sup>. En effet, nos démarches préliminaires sur le terrain, que nous décrirons un peu plus loin, nous ont fait réaliser que les réalités du milieu, notre échéancier et les ressources financières disponibles ne nous permettraient pas de mener une telle recherche dans le cadre de notre projet doctoral.

Il est important toutefois de souligner que nous avons adopté une posture de recherche relevant à certains égards de la recherche participative, ce qui a certainement teinté le processus de recherche et, par conséquent, ses résultats. Tout d'abord, nous avons mené cette étude avec l'intention de réaliser un projet qui contribuerait à la réduction des inégalités sociales de santé et de la pauvreté, un type de finalité socialement engagée requis dans un contexte de recherche participative. En effet, ce type de recherche a une double finalité de production de savoirs et d'actions (Minkler and Wallerstein 2003; Bennett and Roberts 2004). Le développement de savoirs ne se fait alors pas dans l'unique intérêt de l'avancement de la connaissance, mais aussi par souci de résoudre des problèmes concrets, d'améliorer les pratiques ou encore pour viser l'émancipation individuelle et collective pour un monde plus juste et équitable (Green, O'Neill et al. 1996; Gendron 2001; Bennett and Roberts 2004).

La recherche participative prend distance avec les visions de la recherche qui se veulent neutres (en termes de valeurs) et objectives (Fals Borda 2001; Wallerstein and Duran 2003). Les adeptes de cette approche s'engagent dans une perspective de conscience critique, d'émancipation et de justice sociale (Wallerstein and Duran 2003). De plus, la recherche participative questionne les recherches qui produisent des connaissances qui enrichissent le

---

<sup>13</sup> C'est-à-dire une recherche action avec une visée émancipatrice

<sup>14</sup> Ceci est le nom réel de l'organisme. Le fait de le nommer ou pas a fait l'objet de discussions avec l'organisme qui a souhaité qu'on l'identifie.

savoir académique et scientifique, mais qui ne profitent pas à ceux qui fournissent les données (Green, O'Neill et al. 1996). La recherche participative nécessite aussi l'engagement des chercheurs envers l'action. Le chercheur « *cannot simply walk away when the research is completed* » (George et coll. 1996, p.7); il doit s'engager activement dans le processus de changement social (George M.A., Green L.W. et al. 1996; Green, O'Neill et al. 1996; Gendron 2001; Wallerstein and Duran 2003). Comme nous l'avons décrit dans l'avant-propos de la thèse, nous avons, au cours de notre projet, publié quatre articles dans des revues communautaires et fait plusieurs communications orales à la demande du milieu. Nous avons également entamé des démarches pour continuer cette diffusion des résultats au-delà de la communauté scientifique et nous prévoyons mener des projets pour donner suite aux résultats obtenus dans le cadre de notre recherche.

Bien que nous aurions souhaité le faire davantage, nous avons accordé une place importante dans notre recherche à la parole et aux savoirs d'expérience des hommes rencontrés, tant au cours de l'élaboration du projet — notamment dans la définition de l'objet d'étude —, que de la collecte des données, de l'analyse et de l'interprétation des résultats. En donnant la parole aux hommes vivant la pauvreté, en les considérant comme sujets de leur propre vie et en valorisant leur savoir expérientiel, l'étude s'inscrit dans une approche participative. Les adeptes de la recherche participative rejettent l'idée que seuls les savoirs professionnels et scientifiques sont des sources de savoir pertinentes. Ils reconnaissent que les savoirs expérientiels sont une source d'information légitime et crédible (Groupe de recherche Quart Monde-Université 1999; Fals Borda 2001; Bennett and Roberts 2004).

Considérant l'impossibilité de créer un groupe d'hommes qui aurait pu être partie prenante de notre démarche, nous avons décidé d'impliquer activement les intervenantes<sup>15</sup> du milieu, reconnaissant qu'elles détenaient un savoir précieux pour maximiser l'adéquation de notre démarche aux réalités du terrain. Un comité-conseil formé de la directrice du centre communautaire, ainsi que d'une intervenante et d'un intervenant extérieurs à cet organisme, reconnu dans le quartier pour leur expérience significative avec les personnes en situation de pauvreté, a accompagné notre démarche. L'équipe d'intervenantes du centre communautaire a

---

<sup>15</sup> Féminisation car une majorité de femmes



aussi été consultée à plusieurs reprises au cours du projet. Notons que nous avons également entretenu un dialogue constant, quoique moins soutenu, avec les usagers et usagères du CAP par différents moyens : discussions lors des assemblées générales, bilans de notre projet dans le journal du CAP et lors de *bouffes rencontres*, discussions informelles dans la salle d'accueil. Il est important de préciser que toutes ces instances ont été consultatives, le pouvoir décisionnel revenant à la chercheure étudiante et à son comité de thèse. Cependant, nous tenons à souligner qu'aucune des décisions prises n'a été à l'encontre des recommandations du comité-conseil ou de l'équipe d'intervenantes, dont les avis ont entraîné à l'occasion des ajustements non négligeables du processus de recherche.

## **2.4 Les démarches préliminaires au projet auprès du Collectif pour un Québec sans pauvreté et du CAP Saint-Barnabé**

Le projet de recherche a pris racine dans plusieurs de nos expériences professionnelles et personnelles en tant que chercheure étudiante : d'abord, une expérience de travail de plusieurs années comme infirmière et assistante de recherche dans les milieux de pauvreté au Québec et à l'international ; ensuite, un engagement communautaire dans les milieux de pauvreté, notamment avec le CAP Saint-Barnabé au cours des années 1998 à 2002 et avec le Collectif pour un Québec sans pauvreté, depuis le début de nos études doctorales en 2003.

Avec le souhait de bien ancrer le projet dans la réalité, nous avons voulu dès le début de nos études doctorales établir un processus dialogique et réflexif avec des personnes en situation de pauvreté et des organisations oeuvrant auprès d'elles. Ce processus a été entretenu dès le début par l'intermédiaire d'un engagement au sein du Comité AVEC du Collectif pour un Québec sans pauvreté (Comité AVEC 2006). Ce comité, qui regroupe des personnes en situation de pauvreté, des intervenant-es et quelques chercheuses, a pour but principal d'assurer la réalisation du projet AVEC. Ce projet vise la mise en application du troisième principe énoncé dans la *Proposition pour une loi sur l'élimination de la pauvreté*, élaborée de 1998 à 2000 par un vaste mouvement citoyen animé par le Collectif et dont une importante pétition déposée en 2000 par le Collectif à l'Assemblée nationale du Québec avait demandé l'adoption. Ce principe énonce que « *les personnes en situation de pauvreté et les associations qui les représentent sont associées à la conception, à la mise en œuvre et à*

*l'évaluation [des] mesures [qui les concernent]* » (Collectif pour un Québec sans pauvreté 2000). Ce comité a été un lieu d'apprentissage inestimable sur les plans personnel et professionnel (O'Neill and Dupéré 2006) et a permis, notamment, d'approfondir les réflexions sur le sujet de recherche. Le titre de notre projet s'inspire d'ailleurs de l'image du « Rouge, jaune, vert » née lors d'un Carrefour de savoirs sur les besoins essentiels mené par le Collectif (Collectif pour un Québec sans pauvreté 2005). Cet engagement a également influencé notre recours à certains outils de collecte et d'analyse de nos données de recherche, inspirés des traditions d'éducation populaire en usage au Collectif, qui seront décrits un peu plus loin dans le chapitre.

Nous avons tenté, sans succès, de trouver un milieu communautaire pour réaliser notre projet dans la ville de Québec. En septembre 2006, nous avons donc décidé d'explorer la possibilité d'effectuer notre démarche au Carrefour d'alimentation et de partage (CAP) Saint-Barnabé inc., un centre communautaire dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve de Montréal. Nous avons eu plusieurs expériences de travail antérieures avec ce centre qui démontrait un intérêt à collaborer dans le cadre de notre projet doctoral. Nous y avons en effet travaillé de façon ponctuelle de 1998 à 2002, en participant à des ateliers d'éducation populaire et à deux projets de recherche : une enquête sur la santé des citoyens et citoyennes du quartier Hochelaga-Maisonneuve utilisant les services du CAP (Bouffard 2002; Forster, Dupéré et al. 2005) et une recherche qualitative portant sur les conceptions de la santé d'hommes montréalais francophones vivant en situation de pauvreté (Clément, Dupéré et al. 2004). Ces expériences avaient permis de tisser des liens de confiance avec ce centre, qui a accepté de collaborer au projet.

## **2.5 Justification et description du milieu et de la population choisis**

En plus d'être déterminé par les questions de recherche, le choix d'un milieu pour un projet repose aussi sur des questions pragmatiques (Bowen, 2005). Nous avons d'abord décidé d'effectuer notre projet de recherche en collaboration avec le CAP principalement parce que ce dernier démontrait intérêt et enthousiasme à l'idée de nous accueillir. De plus, le CAP nous permettait de rencontrer des personnes en situation de pauvreté dans un lieu communautaire

« naturel », c'est-à-dire proche de la vie quotidienne des personnes. Nous avons exclu d'emblée le recrutement par le biais d'un service de santé comme un CLSC, étant donné que nous voulions rejoindre également des personnes en situation de pauvreté qui n'avaient pas de contacts réguliers avec les services sociaux et de santé institutionnels. Le CAP étant fréquenté librement par des personnes qui vivent en situation de pauvreté et qui ne font pas nécessairement l'objet d'interventions structurées des services sociaux ou de santé, il s'avérait donc un milieu tout à fait approprié pour répondre à nos objectifs.

Le CAP Saint-Barnabé est un centre communautaire fondé en 1991, situé dans la partie sud-est du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, qui a pour mission de « mener une action concertée pour contribuer à améliorer l'état de santé de la population d'Hochelaga-Maisonneuve et pour intervenir sur certains facteurs qui appauvrissent une partie importante des citoyens et citoyennes du milieu, entre autres par le biais de l'alimentation » (Carrefour d'alimentation et de partage St-Barnabé (CAP) 2006). Hochelaga-Maisonneuve est un des quartiers les plus défavorisés de la ville de Montréal (Direction de la santé publique, Ville de Montréal et al. 2002).

L'organisme offre plusieurs services, dont un accueil gratuit et inconditionnel dans un lieu chaleureux permettant de briser l'isolement social, des services de dépannage alimentaire ainsi qu'une épicerie communautaire. De plus, l'organisme met en oeuvre et soutient des activités éducatives qui permettent aux personnes d'élargir leurs connaissances sur des enjeux sociaux. L'organisme promeut également l'action bénévole et l'action citoyenne en permettant aux personnes qui le fréquentent de reprendre du pouvoir sur leur vie de façon individuelle et collective en menant toutes sortes d'activités pour conscientiser et mobiliser ses membres dans la lutte à la pauvreté. Il offre ainsi des services d'information, de conseils et de références, mais aussi des occasions de participer à des comités (comité action citoyenne, comité femmes, comité du bulletin de liaison, comité d'autofinancement, etc.). L'organisme travaille finalement en concertation avec d'autres organismes afin de mieux servir la population du quartier tout en assurant un rôle de carrefour d'information et de partage d'expériences.

Selon le rapport 2005-2006 du CAP (Carrefour d'alimentation et de partage St-Barnabé (CAP) 2006), plus de 200 personnes utilisent les services d'accueil quotidiennement. Pour l'année 2006, on a enregistré pour les 752 membres CAP, en sus des services d'accueil ouverts à tous, 20 000 dépannages alimentaires, 5660 collations et 1950 repas lors de bouffes rencontres. Il est intéressant de noter la participation d'une centaine de personnes aux assemblées générales annuelles. Une équipe permanente de huit intervenantes salariées, à laquelle se joignent six personnes en complémentarité de services, permet d'offrir une présence de 9 h à midi et de 13 h à 21 h, du lundi au vendredi, à longueur d'année. L'équipe de travail est composée de personnes qui ont presque toutes déjà été bénéficiaires des services du CAP et ont eu des expériences de bénévolat avant d'être recrutées comme employées. Le CAP emploie également des personnes à temps partiel dans le cadre de programmes de réinsertion sociale et accueille plus d'une centaine de bénévoles.

Nous avons décidé de centrer notre recherche sur les hommes du CAP, pour deux raisons principales. Premièrement, la clientèle qui fréquente quotidiennement les services d'accueil du CAP, et avec qui nous avons pu échanger à de nombreuses reprises lors de la phase exploratoire de ce projet, est composée majoritairement d'hommes. Nous avons été troublée par la grande souffrance vécue par plusieurs de ces hommes et nous avons constaté plusieurs situations alliant isolement social et un dénuement total. Nous avons également été frappée durant ces travaux préliminaires par la perception qu'ont les hommes du décalage entre leurs besoins et les services/opportunités disponibles tant sur le plan de l'emploi, que sur ceux de l'éducation, de la santé et des services sociaux, etc. En échangeant avec l'équipe du CAP et notre comité-conseil, nous avons aussi réalisé que l'intervention communautaire auprès des hommes, tant dans leur centre que dans le quartier, n'était pas très bien développée et méritait réflexion. Par ailleurs, une enquête du CAP menée sur sa clientèle au début des années 2000 montrait la situation de précarité des hommes fréquentant le CAP tant sur les plans matériel que social (Bouffard 2002; Forster, Dupéré et al. 2005). Ainsi nous avons estimé que de faire porter notre projet sur la situation des hommes pauvres avait du sens pour le milieu étant donné l'ampleur du problème, et que notre projet pourrait contribuer à alimenter la réflexion pour remédier à l'insuffisance des interventions.

En second lieu, comme évoqué au premier chapitre, nous savions que du point de vue des connaissances scientifiques, les hommes en situation de pauvreté n'ont été que très peu étudiés en regard des questions qui nous préoccupent. Concentrer notre étude sur eux semblait donc utile aussi du point de vue de l'avancement des connaissances.

## **2.6 Chronologie et vue d'ensemble des étapes de la recherche**

La recherche s'est déroulée sur une période d'un peu plus de quatre ans, de l'automne 2006 au printemps 2011. La présentation détaillée des étapes du projet se retrouve dans un tableau synthèse à l'annexe A. Nous pouvons distinguer deux grandes phases : une phase préparatoire et une phase de cueillette, analyse et rédaction.

### **2.6.1 Phase préparatoire**

Quelques rencontres furent nécessaires au tout début pour évaluer la faisabilité d'une collaboration avec le CAP Saint-Barnabé. Notre idée de départ était d'amorcer une recherche participative bien ancrée dans la réalité du milieu et nous avons ainsi décidé de prendre quelques mois pour nous refamiliariser avec ce milieu, évaluer les possibilités d'y effectuer une recherche de ce type, nous entendre sur les principes de collaboration, préciser les questions de recherche, identifier les méthodes appropriées et déterminer l'échéancier pour la rédaction d'un protocole de recherche pertinent. Ainsi, de la mi-janvier à la fin avril 2007, nous avons eu des contacts réguliers avec l'équipe d'intervenant-es ainsi qu'avec des femmes et des hommes qui fréquentaient le CAP, par le biais de divers moyens. Nous avons notamment oeuvré comme bénévole au service de l'accueil et servi le café pour environ 90 heures; cela a permis notamment de saisir l'atmosphère et les dynamiques à l'oeuvre. Nous avons aussi participé à une dizaine d'activités éducatives et sociales organisées par le centre ainsi qu'aux rencontres hebdomadaires de l'équipe d'intervenant-es durant cette période. Notre projet de protocole de recherche fut présenté et discuté abondamment dans le milieu avant d'être soumis à notre comité de thèse (directeur, co-directrice, membre du comité très familière avec les milieux de lutte à la pauvreté), défendu lors de l'examen doctoral tenu en juin 2007 et accepté par le comité d'éthique de l'Université Laval en octobre de la même année.

## **2.6.2 La phase de la collecte, de l'analyse des données et de la rédaction**

À la suite des premières entrevues, nous avons apporté plusieurs modifications importantes tant sur le plan du contenu (objectif de recherche, guide d'entrevue) que sur celui des méthodes. Toutes ces décisions furent prises à la fois avec notre comité de thèse et notre comité-conseil du milieu. Trois ajustements majeurs furent ainsi effectués au cours du projet, ce que notre approche de recherche rendait non seulement possible, mais encore souhaitable.

### **2.6.2.1 D'une recherche participative à une recherche collaborative :**

Nous avons réalisé assez rapidement que nous ne pourrions pas mener un projet de recherche participative tel que nous l'avions prévu, en créant notamment un comité qui serait composé d'hommes en situation de pauvreté qui deviendraient des co-chercheurs dans le cadre de l'étude. Cette option ne s'est avérée ni réaliste ni possible considérant le contexte très précaire dans lequel la très grande majorité de ces hommes vivaient. Cela aurait peut-être été possible si nous avions disposé de plus de temps et de ressources matérielles, mais notre échéancier ne nous permettait pas d'investir le temps qu'aurait requis une période appropriée de formation et d'accompagnement et notre budget ne nous permettait pas de soutenir adéquatement la participation active des hommes. L'équipe d'intervenantes doutait aussi de la viabilité d'un tel comité, leurs expériences passées de ce type ayant échoué. De plus, elles éprouvaient un certain inconfort à l'idée de créer un groupe d'hommes de façon ponctuelle sans pouvoir assurer sa pérennité après la fin du projet de recherche, le Centre n'ayant pas de ressources humaines pour poursuivre une telle initiative. Finalement, les hommes avec qui nous avons échangé au cours de la phase exploratoire ne souhaitaient pas s'impliquer dans un tel processus collectif. Plusieurs hommes ont indiqué toutefois leur intérêt et disponibilité à échanger sur une base individuelle.

### **2.6.2.2 Ajout d'un objectif de recherche :**

Nous avons ajouté un objectif de recherche, celui de mieux comprendre les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté quant à cette dernière et à la manière d'en sortir. Dès les premières entrevues, nous avons identifié la nécessité d'approfondir les représentations de la pauvreté chez les hommes. Nous avons constaté certains paradoxes. Par exemple, un homme, bien que vivant dans la rue, ne voulait pas participer au projet de

recherche parce qu'il ne se considérait pas en situation de pauvreté. Lors de notre première entrevue, un autre qui s'était dit en situation de pauvreté a finalement précisé qu'il ne se considérait pas comme pauvre, comparativement à ce qu'il avait connu avant ou à d'autres personnes qui l'entouraient. Nous avons donc rapidement constaté un écart important entre les représentations de la pauvreté des hommes qui participaient à notre recherche et celles recueillies auprès de personnes en situation de pauvreté lors d'exercices similaires avec le même outil de collecte des données (voir plus loin). Nous avons donc modifié notre guide d'entrevue, en ajoutant de nouvelles questions, afin d'approfondir les représentations de la pauvreté de nos participants.

### **2.6.2.3 Concentration sur le non-recours aux ressources sociosanitaires.**

À la suite des groupes de discussion autour de nos premiers résultats, nous avons décidé de concentrer notre analyse du recours aux services d'aide sociosanitaire sur le phénomène du non-recours, un des constats saillants de notre analyse, encore peu abordé dans la littérature et préoccupant grandement les milieux d'intervention. En effet, dans le cadre des entrevues individuelles, les hommes avaient été invités à raconter les principaux jalons de leurs parcours de vie ayant provoqué des entrées, des maintiens et des sorties de la pauvreté, ainsi qu'à décrire leurs rapports aux ressources d'aide à ces moments. L'analyse transversale de leurs propos a permis de repérer plusieurs convergences sur le plan des expériences charnières vécues au cours de leurs vies (voir « Charlot Laforce » présenté dans le chapitre 5 et en annexe B).

Parmi les moments charnières se retrouvait une panoplie de problèmes de santé physique aigus et chroniques, de problèmes de santé mentale ou psychologique, de problèmes sociaux ainsi que des expériences positives et négatives avec les ressources d'aide sociosanitaires. Or nous avons constaté que, plongés dans les états de détresse liés à ces problèmes, très peu d'hommes se tournaient spontanément vers les ressources sociosanitaires, même si la plupart y avaient finalement recours à de multiples reprises et, pour quelques-uns, avaient de longues trajectoires d'aide. Bien que nous ayons recueilli de nombreux propos sur le recours aux ressources d'aide, nous avons ainsi décidé de nous attarder prioritairement à ces situations de non-recours dans le cadre de notre deuxième article de thèse, présenté au chapitre 5. Certains

aspects complémentaires du recours aux ressources sont aussi explorés indirectement au chapitre 6, à travers les recommandations des hommes quant à des améliorations à apporter aux services qui deviendraient alors plus fréquentables pour eux.

Attendu ces ajustements, le tableau en annexe A résume de manière schématique l'ensemble des opérations que nous avons menées durant l'étude et les sections suivantes en approfondissent quelques éléments clés.

## **2.7 Méthodes de collecte des données**

Nous avons eu recours à trois méthodes de collecte des données : 1. L'observation participante et la rédaction d'un journal de bord; 2. Des entrevues individuelles avec des hommes vivant ou ayant vécu la pauvreté; 3. Des groupes de discussion avec des hommes du CAP sur les résultats préliminaires de recherche.

### **2.7.1 Journal de bord et observation participante**

L'observation participante (environ 80 jours entre janvier 2007 et août 2010) et la rédaction d'un journal de bord ont été des outils de collecte d'informations utilisés tout au long du projet de recherche. De manière à noter nos observations, dès le début du séjour sur le terrain, nous avons rédigé un journal de bord en nous inspirant de la classification suggérée par Schatzman et Strauss (1973) qui recommandent de documenter quatre volets au cours d'un projet : 1. le volet méthodologique où l'on rapporte l'histoire méthodologique du projet; 2. le volet théorique où sont colligés les questions, les intuitions, les hypothèses, les liens établis entre les phénomènes observés; 3. le volet descriptif où on détaille les événements, les observations, les conversations de façon chronologique; 4. le volet personnel où l'on explore ses craintes, ses interrogations, ses erreurs, ses périodes de confusion, ses réactions, etc. En cours de route, nous avons envoyé régulièrement des sections du journal de bord à notre directeur de recherche. Ce fut une façon fort enrichissante d'échanger à propos du projet sur les plans théorique, méthodologique et éthique. Cet exercice nous a permis de maintenir une posture réflexive tout au long de notre démarche. De plus, lors de la période de collecte et d'analyse, le journal nous a servi à recueillir des mémos d'entrevues, théoriques et



méthodologiques, comme suggéré par Kathy Charmaz (Charmaz 2006). Les notes de notre journal de bord nous ont permis d'enrichir la description du contexte et de mieux décrire les participants. Elles nous ont guidée dans l'ajustement des objectifs de recherche, dans nos modifications du guide d'entrevue, dans nos stratégies de recrutement et de collecte des données, ainsi que dans l'évolution de nos techniques d'entrevue et d'animation de groupe. Enfin, ces notes ont servi au cours de l'analyse et nous ont été utiles pour la bonifier.

### **2.7.2 Entrevues individuelles**

La technique de l'entrevue individuelle semi-dirigée a été retenue comme étant la plus appropriée, car elle permet d'amener le sujet interviewé à raconter son expérience. Cette forme d'entrevue permet aux participants de s'exprimer plus librement que dans un questionnaire, tout en donnant l'occasion à l'interviewer de couvrir l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder et d'en explorer de nouveaux s'ils émergent. Comme d'autres, nous considérons l'entrevue individuelle comme une conversation intense et orientée pour explorer l'expérience d'une personne. Elle n'est pas neutre et objective, mais découle plutôt d'une interaction sociale dynamique entre deux personnes, qui produit une connaissance négociée et contextualisée (Reid 2004; Bertaux 2005; Charmaz 2006; Sylvain 2008). Le succès de l'utilisation de cette technique repose en grande partie sur la posture, l'attitude et la compétence de l'interviewer.

À cet effet, des efforts significatifs ont été déployés pour créer une atmosphère de confiance et favoriser des liens empathiques, respectueux, personnels, francs et confidentiels avec les hommes. Nous avons lu sur les techniques d'entrevues recommandées par divers auteurs (en particulier : Charmaz, 2006) et avons discuté en détail divers éléments avec notre comité de thèse, notre comité-conseil, l'équipe d'intervenantEs et plusieurs hommes rencontrés au CAP. Les membres de notre comité de thèse ont également lu nos deux premières entrevues afin de commenter les techniques utilisées. Nous décrivons brièvement quelques-unes des mesures prises pour assurer des entrevues de qualité.

À la suggestion d'un membre de notre comité de thèse, nous avons tenté d'avoir une écoute empathique complète qui supposait un silence intérieur et une disponibilité à l'autre. Nous avons également tenté d'accueillir les témoignages dans le respect et avec une acceptation inconditionnelle de ce que la personne nous racontait. Nous avons accordé du crédit et de la valeur à l'expérience rapportée. Nous avons aussi porté une attention particulière au langage des personnes pour nous y adapter et avons validé la phraséologie utilisée avec les membres de l'équipe d'intervenantes du CAP. Différentes techniques d'entrevues ont été utilisées telles que la synthèse des propos et la technique de relance (*probing*). Nous avons tenté de suivre le rythme des personnes en respectant notamment les silences et les besoins de pause pour aller fumer. Nous avons réfléchi à la disposition de la salle d'entrevue pour assurer un confort et une intimité. Nous faisons face à la porte et l'homme interviewé était positionné dos à la fenêtre de la porte, ce qui empêchait les personnes à l'extérieur de voir ses expressions. Nous avons pris le temps de bien répondre aux questions de l'interviewé avant d'entamer l'entrevue proprement dite et nous avons laissé un espace à la fin pour que la personne puisse commenter l'entretien ou poser des questions. Nous avons jugé que ce scénario était particulièrement important pour tenter d'établir un rapport de réciprocité et favoriser des liens de confiance. Dans la très grande majorité des cas, nous avons eu plusieurs conversations informelles après les entrevues, souvent étalées sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Ces propos qui, contrairement aux entrevues, n'étaient pas enregistrés, furent systématiquement rapportés dans le journal de bord et inclus dans les analyses.

### **2.7.2.1 Sélection des personnes pour les entrevues individuelles**

La recherche qualitative a recours le plus souvent à un échantillon intentionnel de type non probabiliste ou échantillon dit théorique, qui ne se constitue pas au hasard, mais en fonction de la question de recherche et d'éléments précis que le chercheur souhaite étudier (Paillé 1994; Deslauriers and Kérisit 1997). Nous avons eu recours à une stratégie d'échantillonnage par cas multiples et typiques (Paillé 1994; Deslauriers and Kérisit 1997; Bertaux 2005). Nous avons suivi deux grands principes reconnus comme étant clés dans cette démarche : le principe de diversification qui consiste à rechercher le panorama le plus complet possible des situations et celui de saturation théorique, qui est moins un critère de constitution de l'échantillon qu'un critère méthodologique pour indiquer à quel moment on doit cesser la collecte des données (Laperrière 1997; Pires 1997). La saturation théorique est un jugement par lequel le chercheur considère que la collecte de nouvelles données n'apporte rien de

nouveau ou de consistant à la conceptualisation et la théorisation du phénomène à l'étude (Guillemette 2006). La saturation est toujours relative et une analyse est toujours plus ou moins saturée (Charmaz 2006). Le recrutement et les entrevues ont cessé lors de l'atteinte d'une certaine saturation au niveau des données recueillies, plus précisément la répétition de plusieurs thèmes au niveau transversal.

Nous avons effectué notre processus d'échantillonnage en collaboration avec le milieu par le biais de discussions en comité-conseil ainsi que d'une rencontre avec les intervenantes, où nous avons tenté d'établir des profils typiques, c'est-à-dire jugés représentatifs de la clientèle masculine qui fréquente le CAP (voir grille à l'annexe C). Les personnes ont été choisies pour la variabilité de leurs expériences et dans le respect du critère de diversification (en termes d'âge, de scolarité, etc.). Les critères d'inclusion étaient les suivants : parler français; être ouvert à une démarche d'investigation en profondeur; se considérer en situation de pauvreté; appartenir à un des profils pré-identifiés; ne pas souffrir d'un trouble mental sévère. Pour faciliter le processus de recrutement et par souci de ne pas solliciter le même homme deux fois, nous avons créé une grille de sélection des participants et nous avons tenu une liste confidentielle de personnes ayant été approchées pour le projet en indiquant leur participation le cas échéant. Nous avons envoyé cette liste régulièrement et confidentiellement à la directrice du CAP qui nous soutenait dans le recrutement. Considérant les contraintes de temps et de budget de même que les réalités d'un milieu très dur où les gens sont souvent au niveau de la survie quotidienne, nous avons décidé de nous limiter à une seule entrevue individuelle avec un même homme.

### **2.7.2.2 Procédure de recrutement**

Comme demandé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval, une annonce décrivant la recherche a d'abord été affichée au CAP. Cette annonce précisait notamment le contexte de la recherche, le but de l'étude, le processus de recrutement et de collecte des données et l'échéancier. Notons que cette affiche ne visait pas le recrutement de participants, mais servait avant tout à informer les usagers du CAP de notre présence. Quatre courts articles (environ 400 mots) ont également été rédigés et publiés dans le journal interne au

CAP, le PHARE. Ces articles visaient à partager notre expérience avec les usagers du CAP et à les informer sur le déroulement de la recherche.

La directrice du CAP a été impliquée dans le recrutement. Elle aidait à identifier des hommes qui fréquentaient le CAP et qui correspondaient aux critères d'inclusion. Elle leur présentait brièvement le projet pour explorer leur intérêt à participer et, le cas échéant, nous le référerait pour une explication plus détaillée de la recherche. Nous avons convenu que nous serions au CAP trois jours par semaine pendant la période de collecte des données. Des rendez-vous pourraient être pris à l'avance, mais nous pourrions également recevoir sur-le-champ des hommes souhaitant participer. Lorsque nous n'étions pas sur place, les hommes intéressés par le projet pouvaient donner leur nom à la directrice du Centre qui s'assurait que ces personnes satisfaisaient aux critères de sélection retenus et fixait un rendez-vous selon notre grille de disponibilité. Considérant les conditions de vie difficiles dans lesquelles étaient plongés les hommes et leur rythme de vie souvent déstructuré, il aurait été difficile de planifier la collecte de données en ayant recours uniquement à une prise de rendez-vous.

Avant de procéder à l'entrevue et pour obtenir un consentement libre et éclairé de la part de l'homme, nous prenions le temps de nous présenter et d'expliquer le but de l'étude en précisant qu'il s'agissait d'un projet doctoral. Nous décrivions sommairement le fonctionnement de l'entretien, les types de questions et les conditions de participation, en insistant particulièrement sur le fait que la personne n'avait pas à répondre à toutes les questions et pouvait cesser l'entrevue en tout temps sans fournir d'explication. Nous demandions la permission d'enregistrer l'entretien, sans insister, mais en expliquant les raisons qui nous motivaient à vouloir le faire, notamment la difficulté à prendre des notes tout en nous centrant sur l'entrevue. Nous détaillions les procédures prises pour assurer la confidentialité des entretiens. Les participants avaient la liberté de boire un café ou de prendre une pause pour fumer pendant l'entrevue. Un montant de 20 \$ (vingt dollars) était remis aux participants comme compensation financière, pour couvrir les dépenses encourues par leur participation (frais de déplacement, etc.).

### 2.7.2.3 Déroutement du recrutement et des entrevues

Sur l'ensemble des hommes approchés (n=33), cinq ont refusé d'emblée pour des motifs tels qu'être dans un état « trop émotif » en raison de bouleversements personnels (n=2), ressentir de l'inconfort à l'idée de parler de sa vie personnelle (n=1), manquer d'intérêt envers le projet (n=1) ou ne pas se considérer en situation de pauvreté (n=1). Un des deux hommes ayant refusé pour des raisons émotionnelles a toutefois demandé de participer aux entrevues quelques mois plus tard alors qu'il se disait plus disposé à discuter et nous avons alors accepté de faire une entrevue avec lui.

D'autre part, une quinzaine d'hommes nous ont d'eux-mêmes signifié leur intérêt à participer sans avoir été approchés ni par nous, ni par la directrice. Un seul a été retenu, les autres ne correspondant pas à nos critères d'inclusion. Par ailleurs, nous avons également refusé d'effectuer des entrevues avec trois hommes référés par la directrice, étant donné l'altération de leur état mental et leur difficulté à comprendre la recherche, possiblement à cause d'une intoxication par des drogues.

En cas de retard ou de défaut de se présenter, nous avons comme politique d'attendre au moins une heure avant d'annuler une entrevue, et de fixer un maximum de trois rendez-vous avec un homme qui ne se présentait pas. Nous avons ainsi annulé la participation de quatre hommes.

Au total, 22 entrevues ont été réalisées, d'une durée variant entre 45 minutes et 2 heures 30 minutes, en excluant les temps d'explication et de présentation avant les entrevues, les temps de pause et les temps de discussion après les entrevues. Seize entrevues se sont faites en un seul moment et six ont été étalées sur deux ou trois jours à la demande de l'homme. Toutes les entrevues ont été enregistrées et le guide d'entrevue utilisé est présenté plus bas.

L'explication de la recherche et la présentation du formulaire de consentement (inclus à l'annexe D) ont pris beaucoup plus de temps que prévu, surtout avec les hommes qui

n'avaient eu aucun contact avec nous durant la période préparatoire à la recherche. Vingt hommes sur vingt-deux n'ont pas voulu conserver leur copie du formulaire de consentement, évoquant le manque de rangement ou tout simplement l'inutilité de conserver un tel document. En évoquant leur instabilité résidentielle, 17 hommes ont demandé d'envoyer la synthèse finale de la recherche au CAP, à leur attention. Dix hommes ont exprimé un inconfort avec le montant de 20 \$ remis pour la participation à la recherche (cette stratégie avait été avalisée et par le milieu, et par le comité d'éthique) et ont d'abord refusé de le prendre, expliquant qu'ils ne participaient pas à la recherche pour des raisons économiques. Après de brèves explications, tous ont cependant accepté de le garder.

À la suite des entrevues individuelles, dix-huit hommes ont manifesté de leur propre initiative un intérêt à participer davantage au projet de recherche. Ils ont indiqué leur disponibilité à faire d'autres entrevues, à participer à des discussions informelles ou à nous soutenir bénévolement dans diverses tâches. Par exemple, certains nous ont offert leur aide pour la correction de texte, de la mobilisation, la préparation d'outils de collecte des données ou encore la diffusion des résultats.

Quatorze hommes sur les vingt-deux interviewés ont voulu nous rencontrer pour ajouter des faits ou des réflexions à leur entrevue. Certains ont même laissé des objets pour nous à la réception du CAP : un article de journal, une image, un poème, une partie de journal personnel, une vidéo ainsi que des suggestions d'articles de journaux, d'organismes communautaires, de sites web. Nous avons noté un réel souci des hommes à poursuivre et enrichir leurs réflexions et leurs analyses autour de la situation des hommes vivant la pauvreté. Nous avons aussi eu plusieurs échos de la part d'intervenantes ou de membres du CAP selon lesquels les hommes avaient apprécié leurs entrevues. Plusieurs ont rapporté qu'ils s'étaient sentis respectés, écoutés et valorisés. D'autres ont mentionné que les hommes se sont sentis satisfaits et soulagés : « *J'ai entendu que ça leur a fait du bien* ». De notre côté, nous avons également reçu des témoignages en ce sens. Certains hommes nous ont dit que c'était la première fois depuis longtemps qu'ils confiaient des morceaux de leur histoire personnelle; deux nous ont affirmé que l'entretien leur avait été plus utile, en termes de soulagement des émotions, que certaines thérapies qu'ils avaient suivies. L'entrevue nous a semblé être non

seulement un lieu qui permettait de ventiler et de nommer des souffrances en toute confidentialité, mais aussi une occasion de réfléchir à sa vie et de mieux se connaître. Plusieurs hommes nous ont en effet fait part de multiples prises de conscience à la suite de notre entretien.

#### **2.7.2.4. Le guide d'entrevue**

Le guide d'entrevue a été développé, en fonction des questions de recherche, à partir de la littérature sur les trajectoires de vie, de nos expériences de travail avec le Collectif pour un Québec sans pauvreté et notre expérience au CAP lors de la phase préparatoire. Il a été élaboré au tout début du projet et finalisé progressivement, au fur et à mesure de la collecte des données, suivant notamment le raffinement des questions de recherche. Après chacune des cinq premières entrevues, des discussions avec notre comité de thèse, le comité-conseil et l'équipe d'intervenantes du CAP ont permis d'éliminer des questions et d'en reformuler d'autres qui ne suscitaient pas de contenu. Notre façon de poser les questions a également évolué au cours de la recherche comme en témoigne l'un de nos mémos : elle a de plus en plus valorisé le savoir des hommes et utilisé leur capacité de réflexion critique.

*« En relisant mes mémos et écoutant mes entrevues, j'ai pris conscience que j'avais évolué tranquillement dans ma façon de poser des questions. Avec le temps et au fil des entrevues, j'ai changé ma façon de présenter mon projet. J'ai également fait directement appel à la participation active des participants en sollicitant plus directement leurs capacités d'analyse. J'ai demandé davantage à l'homme de jeter un regard critique et analytique sur son parcours de vie. Exemples de questions : "Je suis consciente que tu ne peux pas me raconter toute ta vie en une heure... j'aimerais que tu me parles des moments qui ont été les plus marquants pour toi". J'ai utilisé "Comment tu expliques (... cet événement, cette réaction)?" J'ai mis davantage d'accent sur le fait que j'apprenais avec lui à travers l'entrevue et à partir de son expérience. Savoir d'expérience que je valorise et qui est unique à sa personne. Je suis allée également plus loin dans les rapports de collaboration et de réciprocité en lui demandant de me corriger si je comprenais mal et de me mentionner des sujets importants que je pouvais oublier de lui demander. À la suite d'une entrevue où le participant a souligné cet aspect, c'est dire qu'il sentait que je valorisais son expérience, je me suis dit que j'étais sur une bonne voie et que je devais continuer dans cette direction. J'ai réalisé que l'enthousiasme grandissant des hommes face à mon projet pouvait être relié à ce changement d'attitude de ma part. Je note le désir des hommes de continuer la conversation après l'entrevue, mais aussi leur désir de contribuer*

*au projet et à la question de la lutte à la pauvreté, lutte aux préjugés sur les hommes pauvres. Ils veulent en connaître davantage et me manifestent l'intérêt de s'impliquer. Quand j'y pense, presque tous les participants m'ont offert spontanément de participer à d'autres entrevues, et plusieurs m'ont offert de m'aider bénévolement (tous ceux qui m'ont offert de l'aide m'ont dit qu'ils refuseraient d'être payés pour leur implication supplémentaire!). Par exemple, certains m'ont dit qu'ils seraient intéressés à participer à un groupe d'hommes et m'ont offert de l'aide pour organiser une rencontre, recruter des personnes, faire des affiches. Ces types d'offres ont définitivement augmenté au fil du temps. On peut penser que c'est aussi relié à ma présence plus constante au CAP. Je suis là toutes les semaines depuis des mois. Ou encore cela peut être dû au fait que j'ai changé ma formulation de questions et les hommes se sentent davantage interpellés par mon projet de recherche. Par ailleurs, j'ai eu plusieurs commentaires des membres du CAP et intervenantes sur le fait que les hommes semblaient "heureux en sortant de mes entrevues". En réfléchissant, je me suis dit que l'entrevue n'est pas juste un espace pour pouvoir ventiler leurs souffrances en toute confidentialité, mais je pense aussi que ma méthode valorise la personne, son regard et ses capacités d'analyse. Je pense aussi que c'est un outil de connaissance de soi. En effet plus d'une fois, j'ai noté que les hommes m'ont dit avoir réalisé des choses pendant ou à la suite de l'entrevue. (Journal de bord, mai 2008)*

Ayant retenu la perspective des parcours de vie, nous avons utilisé une méthode d'entrevue qui s'inspire de la méthode des récits de vie (Bertaux 2005), fréquemment utilisée par les chercheurs adoptant cette perspective (Paerregaard 1998). Cette méthode est reconnue comme pouvant fournir des données uniques sur la réalité vécue des personnes pauvres ainsi que sur les processus dynamiques de la pauvreté (Kotari and Hulme 2004; Bertaux 2005). Les récits de vie ne sont pas simplement des narrations/comptes-rendus personnalisés d'événements et d'expériences; ils témoignent simultanément du contexte social, économique, politique et culturel plus large dans lequel se déroulent ces moments (Kotari and Hulme 2004). Les récits de vie n'offrent pas les portraits « réels » chronologiques de l'histoire des personnes; ce sont plutôt des interprétations par ces personnes d'une partie de leur histoire, "*one of many stories which they could have told*" (Kotari and Hulme 2004). Les récits de vie sont reconnus par plusieurs comme pouvant générer des données de recherche très riches et utiles, tant pour documenter le passé que pour expliquer des événements récents et donner des informations sur les aspirations futures et les stratégies (Kotari and Hulme 2004; Bertaux 2005).

Le guide d'entrevue (voir dernière version en annexe E) était organisé en cinq sections et a été utilisé de façon souple. La première partie se voulait "un déclencheur", pour explorer les

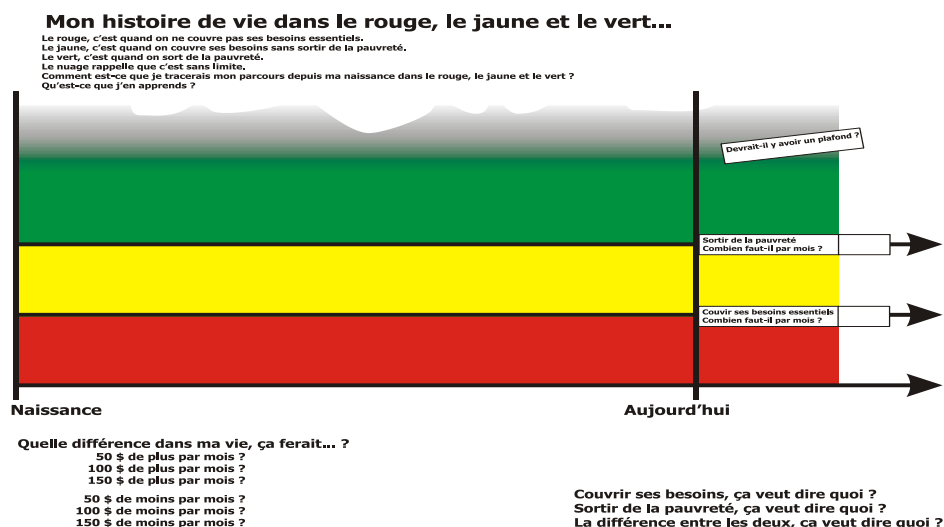


représentations et conceptions de la pauvreté de nos participants. La deuxième partie portait sur leur passé, où nous tentions de faire émerger les moments charnières de leur histoire de vie. Nous avons à cet effet utilisé et adapté, aux fins de la recherche, un outil d'éducation populaire intitulé « *Nos histoires de vie dans le rouge, le jaune et le vert* », décrit à la prochaine sous-section. Nos questions visaient la compréhension de ces moments marquants et des processus sous-jacents. Nous tentions aussi d'explorer le recours ou l'absence de recours aux ressources d'aide lors des moments charnières. La troisième partie portait sur leur présent (ce qui était vécu à ce moment : besoins, difficultés, démarches). Une quatrième partie tentait d'approfondir le rôle des ressources sociosanitaires dans l'ensemble de leur parcours et, finalement, la dernière partie explorait leurs suggestions pour aider les hommes qui vivent dans la pauvreté.

### 2.7.2.5 Adaptation et utilisation d'un outil d'éducation populaire pour les entrevues

L'outil d'éducation populaire développé par le Collectif pour un Québec sans pauvreté et intitulé « *Nos histoires de vie dans le rouge, le jaune et le vert* » (Figure 1) a été adapté et utilisé pour nos entrevues individuelles.

Figure 1- Outil original : Mon histoire de vie dans le rouge, le jaune et le vert...



Source : Collectif pour un Québec sans pauvreté (2005)

L'outil original a été conçu en 2003 au cours d'un carrefour de savoirs<sup>16</sup> sur les besoins essentiels tenu par cet organisme entre 2003 et 2006 avec des personnes vivant la pauvreté. Ce carrefour de savoirs visait à explorer librement diverses dimensions relatives à la couverture des besoins essentiels. L'outil a surgi dans la continuité d'un cheminement du Collectif pour situer, dans le pacte social et fiscal québécois alors en discussion, les seuils de revenu nécessaires à la couverture des besoins essentiels et à la sortie de la pauvreté. Le vert correspondait déjà dans l'imaginaire du Collectif à l'idée d'une société sans pauvreté, au fait de sortir du manque pour atteindre un niveau de vie suffisant pour exercer l'ensemble de ses droits dans sa société. Le rouge avait commencé à symboliser l'expérience d'être « dans le rouge », autrement dit d'être en déficit quant à la couverture de ses besoins essentiels. Le jaune avait semblé convenir, comme dans les feux de circulation, pour illustrer le fait de se trouver dans une zone annonciatrice du rouge, zone de fragilité entre la couverture des besoins essentiels et la sortie de la pauvreté. Le pas de plus fait dans le cadre du carrefour de savoirs a été de tenter un exercice pour retracer comment chacunE des participantEs avait évolué depuis sa naissance dans ces trois zones, autrement dit de faire son histoire de vie dans le « rouge, jaune, vert » et de préparer un outil à cette fin (Collectif pour un Québec sans pauvreté 2005).

Au cours de l'étape préparatoire du présent projet, nous avons validé avec des hommes en situation de pauvreté, des intervenantes du CAP et le comité-conseil de ma recherche la pertinence d'avoir recours à cet outil.

Pour commencer, en échangeant avec quelques hommes qui fréquentaient la salle d'accueil au CAP, nous avons constaté que l'image du « rouge, jaune, vert » (RJV) était évocatrice de sens pour eux et permettait une discussion autour de leurs trajectoires de vie, jalonnées d'épisodes de pauvreté. Les intervenantes du CAP, quant à elles, trouvaient l'usage de cette image particulièrement judicieux considérant que plusieurs hommes qui fréquentaient le centre

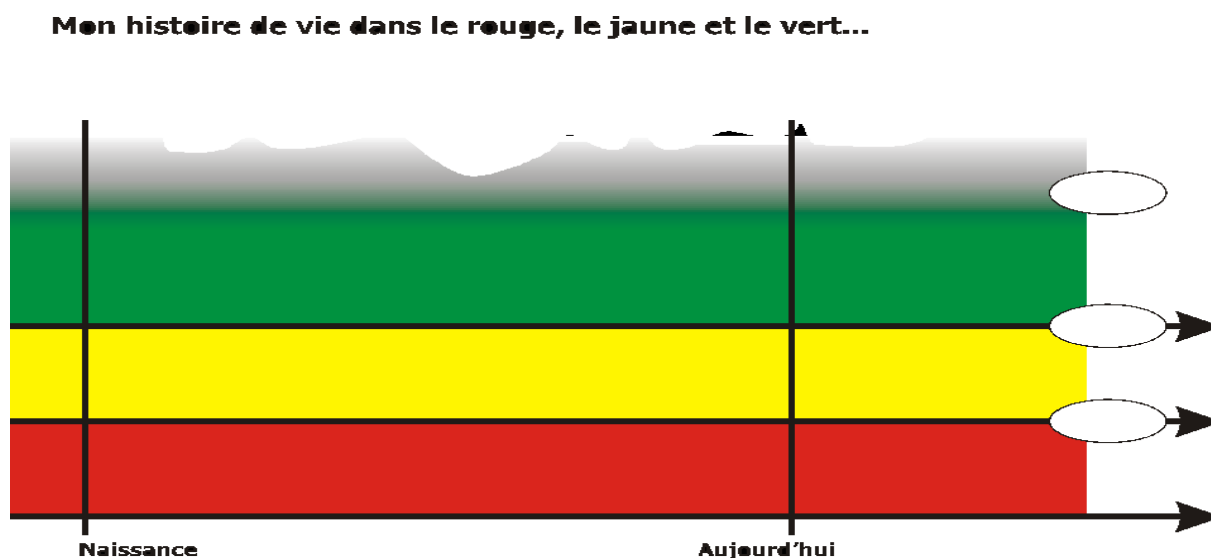
---

<sup>16</sup> La méthode des *croisements de savoirs* consiste à mettre en dialogue des types d'acteurs différents pour produire une connaissance plus affinée et a été développée et utilisée dans le domaine de la lutte à la pauvreté Groupe de recherche Quart Monde-Université (1999). Le Croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et l'Université pensent ensemble. Paris, Éditions Quart Monde.. Les *carrefours de savoirs* sont une forme de croisement de savoirs de longue durée qui a été développée au Québec par le Carrefour de pastorale en monde ouvrier (CAPMO) et qui a été reprise ensuite par le *Collectif pour un Québec sans pauvreté* (Projet AVEC, 2006)

étaient peu alphabétisés ou scolarisés et étaient souvent plus à l'aise avec l'oral et les images qu'avec l'écrit. Les membres du comité-conseil allaient dans le même sens quoique certains aient émis quelques mises en garde. Tout d'abord, ils avaient soulevé la possibilité que des hommes soient réticents ou inconfortables à utiliser l'image pour représenter leur parcours de vie, car d'une part, la tâche de dessiner n'était probablement pas une activité habituelle pour plusieurs d'entre eux. D'autre part, le recours au dessin et à une image pourrait être perçu comme étant « infantilisant » ou « non masculin ». Nous avons donc finalement résolu d'insister sur la liberté d'avoir recours ou non à l'image du RJV pendant l'entrevue ainsi que sur la polyvalence dans la façon de le faire (dessiner ou pas).

Une autre préoccupation avait trait à l'ampleur de la tâche sur le plan de l'effort mental et à l'importance d'offrir aux participants un moment de réflexion avant de leur demander de tracer leurs parcours. Finalement, considérant la variation possible dans l'interprétation du rouge, du jaune et du vert, le comité-conseil a jugé qu'il serait intéressant d'effectuer une exploration ouverte pour favoriser l'émergence et saisir les différences potentielles sur le plan des représentations. Nous avons convenu que nous présenterions l'image en supprimant l'idée que le rouge était la non-couverture des besoins essentiels pour éviter de « diriger » vers une représentation uniquement économique de la pauvreté et tout simplement d'indiquer que le rouge représentait la pauvreté, le vert sa sortie et le jaune une zone entre les deux. Cette adaptation de l'outil aux réalités du contexte fut ensuite discutée et effectuée avec Vivian Labrie, membre de notre comité de thèse, qui avait été au cœur de la création de l'outil lors du carrefour de savoirs. Nous l'avons adapté en ajoutant une zone avant la naissance, en ajustant les couleurs, en effectuant des agrandissements, etc.). La version qui a finalement servi au cours de l'étude se retrouve à la Figure 2.

Figure 2- Outil de cueillette de données adapté d'un outil d'éducation populaire



Source : outil adapté à partir de celui développé par le Collectif pour un Québec sans pauvreté et intitulé « *Nos histoires de vie dans le rouge, le jaune et le vert* ».

L'outil a été utilisé avec 21 des 22 hommes interviewés, parmi lesquels 14 ont effectivement tracé au crayon leur parcours de vie. Certains ont tracé des lignes et des plateaux, d'autres des courbes, d'autres encore ont dessiné des pics ou des points. Certains ont ajouté des âges, des dates ou encore des mots indiquant des moments ou des événements particuliers dans leur vie (par exemple : un viol, l'entrée dans une famille d'accueil, un déménagement, une formation). Cinq hommes n'ont pas voulu dessiner au crayon, mais ont répondu aux questions en faisant fréquemment ou constamment référence à l'image, deux d'entre eux y inscrivant même quelques mots. Les deux autres participants ont souhaité raconter leur histoire sans utiliser l'image, mais y ont toutefois fait référence une ou deux fois au cours de l'entrevue.

### 2.7.3 Groupes de discussion

À la suite de notre expérience de pré-terrain et à celle de notre collecte des données, et après des échanges avec les hommes, les intervenantes du CAP, notre comité-conseil et notre comité de thèse, nous avons décidé de tenir des groupes de discussion autour des résultats préliminaires de la recherche. Il a été convenu avec la directrice du CAP que ces groupes de discussion se feraient de façon plus informelle que les entrevues individuelles pour maximiser

la participation des hommes et dans l'esprit des habitudes du centre communautaire en matière de groupes de discussion. Nous avons décidé d'accueillir tant des hommes qui avaient participé aux entrevues individuelles que d'autres dont ce n'avait pas été le cas, mais qui démontraient un intérêt pour la recherche et répondaient aux critères d'inclusion.

Le CAP a annoncé notre venue à cet effet au moyen d'affiches sur le babillard de la salle d'accueil et de discussions informelles avec les membres du CAP, en tentant de rejoindre particulièrement les hommes qui avaient participé aux entrevues individuelles. Les groupes de discussion ont eu lieu dans une salle de rencontre au CAP et les hommes pouvaient y apporter leur café. Ils pouvaient participer au groupe de discussion avec la liberté de parler ou non et de sortir de la salle en tout temps sans avoir à s'expliquer au groupe. Ils étaient cependant tenus d'assurer la confidentialité des propos échangés et de respecter la parole d'autrui. La directrice expliquait brièvement le projet, s'assurait que l'homme répondait aux critères d'inclusion de la recherche et s'assurait de sa compréhension quant à l'objectif du groupe de discussion.

Avant d'amorcer ces entretiens collectifs, nous avons pris le temps de présenter la recherche, le but et le fonctionnement du groupe de discussion (notamment les règles quant au respect d'autrui et à la confidentialité), et de demander la permission verbale d'enregistrer l'entretien en expliquant que cela faciliterait la prise de notes, tout en insistant sur les procédures prises pour assurer la confidentialité des propos. Tous les hommes ont accepté que les entretiens collectifs soient enregistrés. Le recrutement fut difficile, plusieurs hommes étant inconfortables avec la formule de discussion de groupe. Plusieurs souhaitaient nous rencontrer de façon individuelle, ce qui était impossible à ce moment du processus. Nous avons toutefois accepté de rencontrer un homme qui avait participé aux entrevues individuelles et qui se montrait intéressé par les résultats de recherche, mais inconfortable de participer à un groupe de discussion.

Nous avons effectué une première série d'échanges autour des résultats obtenus sur les représentations et les conceptions de la pauvreté (notre premier objectif de recherche) en avril

2009. Le contenu et l'outil prévus pour les groupes de discussion ont d'abord été présentés aux intervenantes du CAP pour nous assurer qu'ils convenaient aux participants que nous aurions. Nous avons préparé une courte présentation PowerPoint de six acétates que nous avons agrandies sur de grands cartons. Nous avons tenu quatre petits groupes de discussion avec onze hommes dont six avaient accordé une entrevue individuelle. Le nombre de participants a été de deux à six hommes par groupe. La durée des discussions a varié entre 45 et 120 minutes. Les hommes se sont dits enchantés de leur expérience. Certains hommes souhaitaient même continuer la discussion. La dynamique de groupe fut difficile à gérer, la plupart des hommes ayant peu d'expérience de discussion en groupe. De plus, nous avons constaté que certains éléments de notre matériel visuel étaient finalement peu adéquats, bien que tous nous ont dit l'avoir apprécié. Cette expérience a motivé la recherche d'un meilleur outil, décrit dans la prochaine section, pour présenter nos résultats de recherche dans la deuxième série de groupes de discussion.

Une seconde série de deux groupes de discussion a été tenue en août 2010, autour des résultats obtenus autour des deuxième et troisième objectifs de notre recherche. Dix hommes y ont participé dont sept avaient accordé une entrevue individuelle et quatre avaient participé aux groupes de discussion d'avril 2009.

### **2.7.3.1 Adaptation d'un outil d'éducation populaire pour la seconde série de groupes de discussion**

Nous avons adapté, pour la seconde série de groupes de discussion, un outil andragogique intitulé « *Charlotte* » développé originalement par le Collectif québécois de conscientisation (CQC) et adapté par Moisson Québec et le Centre de formation populaire de Montréal (CFP) (Moisson Québec et le Centre de formation populaire de Montréal (CFP) 2000). Cet outil tire ses fondements de l'éducation populaire, du photo-langage de Paulo Freire et des pratiques du développement du pouvoir d'agir (*empowerment*). Son objectif principal est de permettre aux personnes marginalisées, à travers un personnage dont les différentes parties du corps représentent différentes facettes de l'expérience, de prendre conscience de leurs conditions de vie et de réfléchir aux rapports qu'elles entretiennent dans leur environnement quotidien, notamment avec les services alimentaires.

Le recours à un personnage permet aux personnes de se distancier de leur réalité pour mieux analyser les causes de leur situation et les moyens à mettre en œuvre pour modifier les rapports d'oppression et de domination. De plus, l'image favorise une prise de conscience multidimensionnelle qui tient compte de divers éléments composant la réalité des personnes marginalisées et de la conjugaison de leurs besoins. Le guide de formation propose deux types d'exercices à utiliser dans le cadre d'animations qui visent à susciter la réflexion critique pour favoriser le développement du pouvoir d'agir. Aux fins de notre étude, nous avons échangé avec un intervenant communautaire qui avait utilisé l'outil maintes fois dans le cadre de son travail. Comme le proposaient les auteurs du guide, l'intervenant avait adapté l'outil d'animation aux objectifs de formation d'éducation populaire qu'il souhaitait atteindre.

Ainsi, après cet entretien, nous avons décidé à notre tour de transformer l'outil en instrument de validation participative de nos résultats, pour pousser leur analyse critique avec les hommes. Ainsi transformé, l'outil devait permettre de bâtir un portrait des caractéristiques d'un homme vivant la pauvreté qui a recours aux services et soins de santé, et favoriser une compréhension d'ensemble de cette réalité. Nous avons organisé la présentation des résultats selon cinq grands axes, associés à une partie spécifique du corps du personnage : 1 — Les éléments majeurs qu'il identifie dans la société (la tête); 2— Les moments charnières de sa vie (son cœur); 3— Ses rapports avec les ressources d'aide (la main droite); 4— Les pratiques qui l'aident (main provenant de l'extérieur) et 5 — Ses recommandations pour avancer (ses pieds). De plus, nous avons prévu deux grandes fiches supplémentaires pour faciliter la validation et approfondir l'analyse qui étaient des accessoires à utiliser : 6 — Des messages importants à diffuser (un porte-voix) et 7 — Ce que nous ramenons dans notre sac (un sac à dos). Ces modifications faites, nous avons décidé de lui redonner son nom original, mais masculinisé, « Charlot », afin de favoriser une identification plus profonde des hommes à l'outil. Cette initiative a porté ses fruits puisque les hommes ont affirmé s'être beaucoup reconnus, eux et leurs propos, dans le portrait tracé et présenté à travers « Charlot Laforce », un personnage fictif à la fois anonyme et collectif.

Une présentation complète des différentes parties de « Charlot Laforce » tel qu'il a été utilisé lors de la seconde série de rencontres de groupes se trouve à l'annexe B et au chapitre 5 de cette thèse<sup>17</sup>.

## 2.8 Processus d'analyse des données

La stratégie utilisée pour analyser le matériel repose principalement sur l'approche de théorisation ancrée interprétative telle que proposée par Charmaz (2006) ainsi que sur la méthode d'analyse des récits de vie suggérée par Bertaux (2005), qui convenaient exactement à notre intention de conceptualiser à partir d'un ensemble de situations singulières (Laperrière 1997). Nous avons abordé l'analyse qualitative comme un processus cyclique non rigide. Un des principes centraux, à la fois dans l'approche de la théorisation ancrée et dans la méthode d'analyse des récits de vie, est le retour constant à la comparaison entre les produits de l'analyse et les données brutes. Nous présentons ici les grandes lignes de notre processus d'analyse.

Chaque entrevue a été retranscrite intégralement (*verbatim*) à partir de l'enregistrement audio<sup>18</sup>. Les intonations, les silences, les moments d'hésitations, les répétitions, les pleurs et les rires ont également été notés au moyen de marqueurs pour prévenir la perte de richesse du matériel et rendre compte de la dynamique et du contexte des entrevues (Labrie, 1982; Poland, 1995; Charmaz, 2006). Nous avons transcrit la moitié des entrevues et l'autre moitié l'a été par une professionnelle de recherche ayant de l'expérience dans ce type de travail<sup>19</sup>. Nous avons ensuite procédé à une lecture des *verbatim*s en écoutant l'enregistrement audio, pour chacune des entrevues, afin de bien valider la transcription et d'y ajouter au besoin des notes sur le contexte. Cette deuxième étape a aussi généré des notes d'entrevues qui, au journal de bord, sont venues s'ajouter aux notes de terrain prises après chacun des entretiens.

---

<sup>17</sup> Le processus de modification et d'utilisation de cet outil de validation participative et d'analyse, ainsi que ses forces et limites, fera l'objet d'une publication ultérieure.

<sup>18</sup> Nous avons choisi de faire une transcription phonétique, où tout ce qui est prononcé est noté. Nous avons également fait le choix d'être fidèles au langage parlé, ce qui donne à la lecture un rythme et une allure qui peuvent surprendre à l'occasion.

<sup>19</sup> Notons que nous avons donné une courte formation à cette personne sur la nature de notre projet de recherche et sur le type de transcription recherchée, dans l'esprit d'assurer la comparabilité des *verbatim*s. Tel que proposé par Poland (1995), nous avons discuté des erreurs fréquentes lors de la transcription et des stratégies pour les éviter.



La rédaction de ces notes et impressions, à la suite des entrevues et de la lecture des transcriptions, a favorisé l'imprégnation du matériel et l'émergence d'interprétations qui font partie inhérente du processus d'analyse (Charmaz 2006).

Nous avons ensuite procédé à plusieurs lectures attentives et approfondies de chacune des entrevues afin d'être encore davantage imprégnée du contenu et d'avoir une vue d'ensemble des sujets couverts. Ces lectures approfondies, accompagnées d'annotations qui visent à dégager le sens général, constituent pour certains auteurs un examen phénoménologique des données (Paillé and Mucchielli 2005) et correspondent à l'analyse compréhensive selon Bertaux (2005). Cette étape a servi à tenter de bien saisir le sens subjectif attribué par la personne dans son récit. Nous avons ainsi rédigé des résumés des faits saillants pour chaque entrevue, les avons comparés entre eux et en avons discuté avec notre directeur de recherche. Cette procédure nous a permis de commencer à élaborer notre grille de codification et d'identifier de nouvelles intuitions analytiques.

Nous avons ensuite procédé à une analyse plus détaillée de chaque entrevue et nous avons codifié les entrevues directement sur le papier en tentant d'utiliser des verbes d'action, comme l'indique Charmaz (2006). Comme le suggèrent Charmaz et d'autres auteurs, nous avons fait plusieurs relectures de chaque entrevue en tentant de porter attention tant au contenu, qu'à la forme des propos (manière de s'exprimer, terminologie, métaphore). Ceci nous a permis de commencer à établir des codes *in vivo*.

La procédure de codification consiste à repérer des unités sémantiques, à les relier entre elles, puis à constituer des catégories conceptuelles /thèmes. Nous avons examiné notre première liste de catégories et avons procédé à des regroupements en catégories thématiques plus larges. Des mémos théoriques furent rédigés pour expliquer chacun de ces regroupements. Nous avons été guidée à cette étape par les lignes directrices de Charmaz qui suggère des questionnements pour guider le raffinement des catégories conceptuelles, par exemple : quel est le processus social sous-jacent? La grille d'analyse a ensuite été appliquée sur l'ensemble des données textuelles. Nous avons ensuite procédé à une seconde codification à l'aide du logiciel *NVivo*. Nous avons créé l'arborescence à l'aide de notre grille, nous avons traité les

documents (textes d'entrevues, mémos d'entrevues, mémos méthodologiques et mémos théoriques) avant de les importer et enfin nous avons codifié chacun des documents un à un.

Pour chacune des grandes catégories de notre grille de codification, nous avons rassemblé toutes les dimensions à l'intérieur d'un même rapport. Cette procédure nous a permis de raffiner notre analyse puisqu'il était possible d'établir des regroupements à l'intérieur même de chacune des catégories. Cela nous a donné la possibilité de procéder à une analyse thématique comparative qui consistait à procéder au repérage d'idées récurrentes, à leur regroupement en nouvelles catégories et à leur mise en relation jusqu'à la modélisation. L'analyse comparative constitue le véritable cœur du processus d'analyse. C'est en comparant que nous apercevons les récurrences de situations, les logiques d'actions et les processus, et que les hypothèses émergent. La recherche systématique des cas négatifs amène par la suite à consolider ou rejeter les hypothèses (Bertaux 2005). Nous avons fait un retour constant aux données brutes et avons porté une attention particulière à la recherche systématique des cas contrastants, extrêmes et contradictoires.

Il est important de souligner qu'en cours d'analyse et particulièrement pour analyser nos résultats en lien avec notre deuxième objectif de recherche, nous avons décidé de procéder à une analyse verticale des entrevues, notamment pour mieux saisir la temporalité et la logique séquentielle des récits. Nous avons donc aussi procédé à une analyse diachronique de chacune des entrevues qui consiste en un travail de reconstruction des faits et de l'ordre temporel dans les récits de vie (Bertaux 2005). Il s'agit de mettre à plat les parcours des personnes et de reconstituer les parcours biographiques, c'est-à-dire faire ressortir les enchaînements de situations, d'événements et d'actions tout en restant attentive au contexte. Ce travail de mise en relation permet de saisir les processus sociaux à l'œuvre. Pour chacune des entrevues, nous avons ainsi fait ressortir les moments charnières et les explications sous-jacentes décrites par les hommes, en ayant recours à des matrices telles que celles proposées par Huberman et Miles (Huberman and Miles 2004).

Cette analyse progressive et itérative de notre matériel, même si nous l'avons largement réalisée seule, ne s'est pas faite en vase clos. Plusieurs discussions ont été tenues en cours de route avec nos directeurs de recherche dont l'un a participé activement au processus de codification et de modélisation afin de le valider à de nombreux moments du parcours.

## **2.9 Éthique**

Chaque étape de la recherche a été accompagnée de questionnements d'ordre éthique discutés en profondeur avec le milieu par le biais de notre comité-conseil, de l'équipe d'intervenantes et de quelques hommes en situation de pauvreté. Nous avons également discuté régulièrement de ces questions avec nos directeurs de recherche. Les règles éthiques dictées par le comité d'éthique de l'Université Laval concernant les recherches qui impliquent des sujets humains ont été respectées. Cette recherche a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (no : 2007-185). Un formulaire de consentement éclairé a été préparé, soumis au comité d'éthique et validé par le milieu avant d'entreprendre les démarches de collecte des données. Ce formulaire se retrouve à l'annexe D.

Au-delà de ces préoccupations plus institutionnelles, nous avons eu le souci particulier de bien informer les hommes sur la teneur de la recherche afin qu'ils puissent choisir de façon libre et éclairée de participer ou non à la démarche. Au début de chaque entrevue, à la suite de la lecture de la lettre de consentement, un temps de réflexion a été proposé à chaque homme pour lui permettre de réfléchir. Nous avons insisté sur le droit de se retirer en tout temps sans justification ou de ne pas répondre à certaines questions. En moyenne, nous avons pris une quarantaine de minutes pour l'explication du projet et du formulaire de consentement, incluant un temps pour valider la compréhension du participant. La confidentialité et le respect de la vie privée ont été protégés et assurés. Nous nous étions aussi assurée qu'un soutien psychologique était disponible pour les hommes qui en ressentiraient le besoin pendant ou après les entretiens individuels et collectifs.

Nous avons tenté d'être sensible en tout temps au contexte et d'être respectueuse des personnes que nous avons côtoyées dans le milieu ; nous avons pris plusieurs mesures à cet

effet. Par exemple, nous avons suspendu nos activités de collecte de données autour de la période des fêtes (mi-décembre à la mi-janvier), période souvent difficile pour les personnes en situation de pauvreté et fort occupée pour le centre communautaire. Nous avons également cessé momentanément notre collecte de données lorsqu'un membre du CAP est décédé. Nous avons évité de faire notre collecte de données en fin de mois, sachant que la dernière semaine est souvent très difficile pour les personnes à l'aide sociale.

## 2.10 Critères de scientificité

Les critères de scientificité d'une recherche découlent du paradigme dans lequel se situe le projet (Laperrière 1997; Gohier 2004; Bowen 2005; Sylvain 2008). Ayant adopté un paradigme de type constructiviste et une approche interprétative, nous avons retenu les critères de rigueur proposés par Lincoln et Guba (Lincoln and Guba 1985; Guba and Lincoln 1989). Ces critères ont le mérite d'intégrer une variété de standards reposant sur une vision constructiviste et d'être accompagnés de suggestions de procédures (Creswell 1998). Plutôt que sur les critères de validité interne, validité externe, fidélité et objectivité utilisés dans un paradigme de type positiviste, la rigueur scientifique de notre travail a reposé, en accord avec les auteurs mentionnés plus haut, sur la véracité (notre traduction de *Trustworthiness*), qui est déterminée par quatre critères : la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation. Nous avons eu recours à plusieurs techniques pour respecter ces critères : une présence prolongée dans le milieu, de l'observation participante, une vérification des résultats auprès de certains participants, des rencontres régulières avec notre comité de recherche et une description étoffée du contexte et du processus de la recherche.

La crédibilité vérifie en quoi l'objet a été bien identifié, bien décrit et si les résultats sont vraisemblables et pertinents. Pour ce faire, le chercheur doit notamment identifier les bonnes personnes à interviewer et celles-ci doivent se sentir en confiance pour s'exprimer librement (Gélineau, Brisseau et al. 2008). Tout au long de notre recherche, nous avons collaboré étroitement avec les membres et les intervenantes du CAP pour développer un climat de confiance favorisant l'émergence d'une parole authentique. La crédibilité a également été assurée dans notre projet par les groupes de discussion autour des résultats de recherche; en effet, la vérification par les participants est une des techniques centrales pour établir la

crédibilité (Sylvain 2008). Nous avons aussi mis en lien nos résultats avec les résultats issus d'études sur des populations semblables.

La fiabilité réfère à l'assurance que des règles de méthode ont été suivies et bien décrites par le chercheur, ce qui constitue une sorte d'imputabilité procédurale selon Gendron (2001). Elle requiert la transparence du chercheur qui doit énoncer ses présupposés et ses orientations épistémologiques, ce que nous avons fait au début du présent chapitre. Gélinau et coll. (2008) indiquent également que la fiabilité réfère au souci des chercheurs d'adapter tant les approches que les questions de recherche et les outils à la réalité du terrain, pour maximiser une collecte d'information riche et pertinente. Comme nous l'avons exposé dans ce chapitre, nous avons adopté une stratégie collaborative et participative avec le milieu tout au long de la démarche. Nous avons ainsi constamment ajusté les approches, les objectifs de recherche et les outils, tant dans la forme que sur le plan du contenu. Par ailleurs, nous avons eu le souci de bien documenter toutes les étapes de la recherche, qui ont été constamment validées par notre comité-conseil et notre comité de thèse et qui ont été présentées plus haut.

La possibilité de transfert concerne la généralisation des résultats à d'autres contextes possédant des caractéristiques similaires à celles du milieu étudié. Cela implique que le chercheur doit fournir l'information nécessaire afin de faciliter la compréhension du contexte sociohistorique de ce milieu et sur l'échantillonnage théorique. Un soin particulier a été apporté à la sélection de l'échantillon pour tenter de maximiser sa représentativité du milieu étudié. Nous avons continuellement documenté le contexte de la recherche et la démarche dans notre journal de bord et en avons constamment tenu compte dans nos analyses. Ceci autorise donc une forme prudente de transférabilité à des univers semblables : les milieux de grande pauvreté en contexte urbain nord-américain.

Finalement, la confirmation signifie que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Une deuxième vérification du matériel retenu pour l'étude et la recodification d'une partie de ce matériel ont visé à respecter ce critère dans le traitement des données recueillies auprès des hommes.



## **Chapitre 3 : Article 1 : Rouge, jaune, vert... noir : l'expérience de la pauvreté et de sa sortie selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal**

Dupéré, S., DeKoninck, M., O'Neill, M. (2010). Rouge, jaune, vert... noir : être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, *Recherches sociographiques* (sous presse)<sup>20</sup>.

### **Résumé**

Cet article discute les représentations de la pauvreté et de sa sortie recueillies à partir d'un outil d'éducation populaire auprès de 21 hommes en situation de pauvreté fréquentant un centre communautaire à Montréal. En plus de cerner plusieurs dimensions significatives de la pauvreté et de sa sortie, les résultats montrent comment les regards de ces hommes sur leur situation peuvent interpeller les représentations sociales couramment véhiculées à leur sujet. Cette recherche qualitative et d'orientation participative, faisant appel au point de vue de personnes en situation de pauvreté, utilise une approche de plus en plus valorisée tant au Québec qu'à travers le monde.

### **Introduction**

Les taux de faible revenu ne disent pas tout sur la pauvreté. Même s'ils semblent indiquer qu'au cours des quinze dernières années le nombre d'individus pauvres a diminué au Québec, plusieurs groupes de personnes en situation de pauvreté ont subi une détérioration substantielle de leur niveau économique. C'est le cas notamment des prestataires de l'aide financière de dernier recours considérés aptes au travail ainsi que des personnes vivant seules et sans enfant, qui ont vu leur situation se dégrader en raison notamment de mesures

---

<sup>20</sup> Ce chapitre est le texte intégral de l'article suivant : Dupéré, S., DeKoninck, M., O'Neill, M. (2011). Rouge, jaune, vert ... noir : être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, *Recherches sociographiques* (sous presse). À noter que pour ce chapitre et le suivant, contrairement aux autres, les références et notes se retrouvent à la fin du chapitre et non de la thèse.

gouvernementales qui ont été mises en place au cours des dernières années (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

Beaucoup d'encre a coulé sur le sujet de la pauvreté depuis les efforts théoriques de conceptualisation du début du 19<sup>e</sup> siècle, dont les travaux de Booth et de Rowntree en Angleterre (Kanbur and Squire 1999; Marxwell 1999; Conseil de l'emploi des revenus et de la cohésion sociale (CERC) 2002; Concialdi 2003; Fusco 2003). Une pluralité d'approches coexiste dans l'étude de ce phénomène, relevant de différents paradigmes (Asselin and Daudelin 2000; Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003). Bien que l'approche économique soit encore largement utilisée et reste nécessaire, d'autres approches aussi doivent être considérées. La majorité des auteurs admettent maintenant que la pauvreté est une expérience multidimensionnelle, dans ses causes comme dans ses manifestations, et relève d'un processus dynamique évoluant dans le temps. Il n'existe donc pas de consensus sur ce qu'est la pauvreté, ni sur ses causes ni sur la manière de la mesurer ou de la combattre (Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003; Lollivier and Verger 2005). Cela explique en partie le fait que le Québec, encore récemment, ne disposait pas de mesure officielle de la pauvreté.

Un travail citoyen de grande ampleur a conduit l'Assemblée nationale du Québec à adopter à l'unanimité en 2002 une *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Cette loi intègre le recours à des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis en direction d'un « Québec sans pauvreté ». C'est un des mandats qui a été confié au *Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion* (CEPE) mis sur pied au printemps 2005. Ce centre a émis un premier avis, endossé par le gouvernement québécois, suggérant une série d'indicateurs déjà disponibles autour de la dimension économique de la pauvreté (CEPE, 2009). Dans ses recommandations, il a par ailleurs indiqué la nécessité d'explorer d'autres dimensions de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale en faisant appel à une diversité de méthodes et de points de vue, dont ceux de personnes en situation de pauvreté (CEPE, 2009).

La nécessité d'assurer la participation de personnes en situation de pauvreté à la définition même de pauvreté et aux stratégies à mettre en œuvre pour la contrer est de plus en plus



reconnue, tout comme l'importance d'effectuer des recherches participatives sur le sujet (Narayan- Parker 2000). C'est dans cette perspective que le projet, dont certains résultats sont présentés ici, a été mené.

Cet article expose et discute les représentations de la pauvreté et de la sortie de la pauvreté, telles que recueillies auprès d'hommes fréquentant un centre communautaire situé dans le quartier Hochelaga Maisonneuve de Montréal (Canada). À la suite d'une brève description du processus de la recherche, nous présentons ce qui ressort des entretiens et procédons à une mise en perspective critique de ces résultats, à partir de la différence observée entre les représentations attendues et celles observées.

### **Démarche de recherche**

Le projet poursuivait un triple objectif. Premièrement, il visait à mieux comprendre les expériences et les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté quant à cette dernière et à la manière d'en sortir. La décision de se pencher exclusivement sur des hommes est venue à la fois de la composition de la clientèle fréquentant le centre, du manque de ressources d'aide adaptées aux besoins des hommes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004) et du besoin de recherche pour approfondir les expériences des hommes en matière de pauvreté en lien avec leur masculinité (Ruxton, 2002; Strier, 2005). Deuxièmement, il visait à mieux cerner le rôle des ressources sociosanitaires dans les processus qui conduisent les hommes à entrer et parfois sortir de situations de pauvreté. Finalement, il souhaitait identifier des pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté, et ce, à partir des savoirs d'expériences recueillis. Cet article présente et discute les résultats obtenus en lien avec notre premier objectif de recherche.

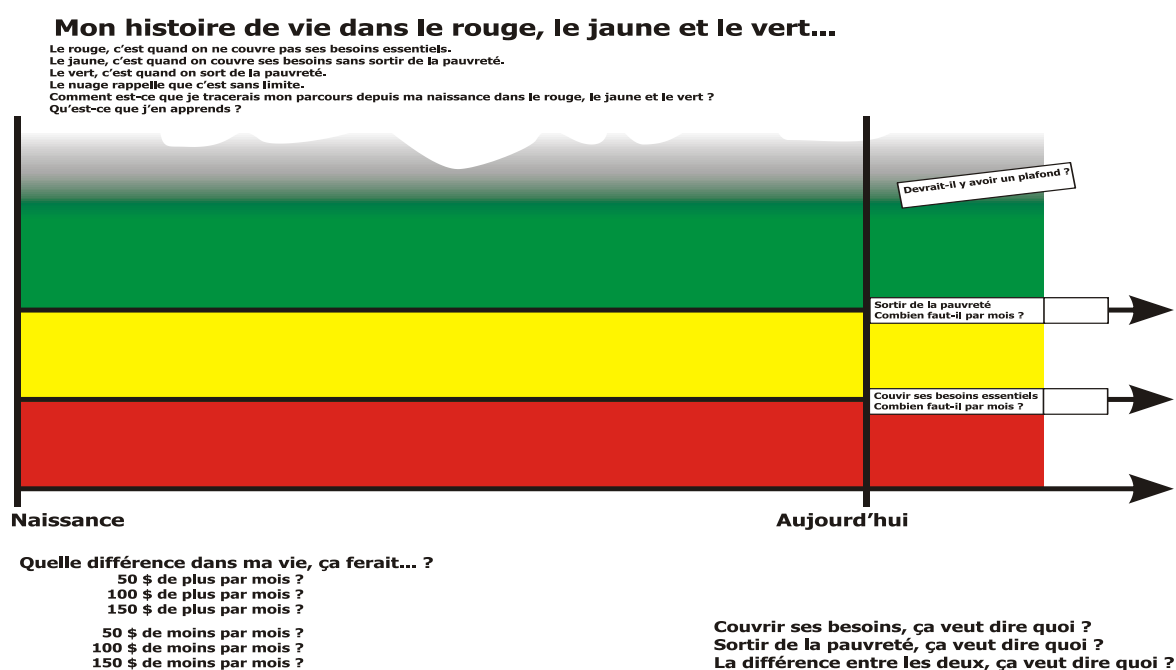
Nous avons utilisé une stratégie de recherche qualitative s'inscrivant dans une approche constructiviste et participative, située dans la tradition d'analyse des parcours de vie. Diverses méthodes de collecte de données ont été déployées. L'observation participante (plus de 80 jours entre janvier 2007 et novembre 2009) et la rédaction d'un journal de bord ont été des outils de collecte d'informations privilégiés pendant le séjour sur le terrain. Des entrevues

individuelles semi-dirigées ont été conduites auprès d'usagers du centre (22) à l'aide d'un outil d'éducation populaire adapté aux fins de la recherche et décrit plus loin. À cet effet, une stratégie d'échantillonnage par cas multiples et typiques (Paillé 1994; Deslauriers and Kérisit 1997) a été développée en collaboration avec le comité-conseil(i) et des intervenantes du centre communautaire. Le principe de saturation théorique a permis de déterminer le nombre de participants. Ce critère méthodologique est utilisé pour indiquer à quel moment la collecte des données est considérée comme complétée (Laperrière 1997; Pires 1997). Les critères d'inclusion étaient les suivants : parler français, être ouvert à une démarche d'investigation en profondeur; se considérer en situation de pauvreté; appartenir à une catégorie pré-identifiée (en consultation avec le comité-conseil); ne pas souffrir d'un trouble mental sévère. Quatre groupes de discussion sur les résultats préliminaires ont été tenus, auxquels 11 hommes, dont six avaient accordé une entrevue individuelle, ont participé. Les entrevues et les groupes de discussion ont eu lieu au centre communautaire, dans un local qui favorisait l'intimité et le confort et ont été réalisés par la première auteure de l'article (ii). La stratégie d'analyse retenue repose sur l'approche de théorisation ancrée interprétative proposée par Charmaz (2006) et sur l'approche des récits de vie de Bertaux (2005). Le contenu des entrevues individuelles a été enregistré et transcrit intégralement. Les verbatims furent soumis à une analyse compréhensive dans un premier temps, qui visait à saisir le sens général du récit. Nous avons effectué des lectures attentives des entrevues accompagnées d'annotations. Nous avons également fait des résumés qui ont été comparés entre eux. Cette étape a permis de bonifier notre grille de codification et d'identifier quelques pistes de réflexion. Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une analyse thématique et comparative qui consistait à procéder au repérage d'idées récurrentes, à leur regroupement en catégories et à leur mise en relation jusqu'à la modélisation. Nous avons fait un retour constant aux données brutes et avons porté une attention particulière à la recherche systématique des cas contrastants, extrêmes et contradictoires. Cette analyse progressive et itérative ne s'est pas faite en vase clos. Plusieurs discussions ont été tenues avec les directeurs de recherche dont un a participé plus activement au processus de codification et de modélisation. Finalement, pour améliorer la crédibilité de nos résultats de recherche, nous avons effectué des groupes de discussion avec des hommes autour des résultats obtenus. Le logiciel NVivo a servi au traitement et à l'analyse des données.

## Adaptation et utilisation d'un outil particulier de cueillette de données

Un outil d'éducation populaire développé par le Collectif pour un Québec sans pauvreté et intitulé « *Nos histoires de vie dans le rouge, le jaune et le vert* » a été adapté et utilisé au moment des entrevues individuelles (Figure 1).

Figure 1- Mon histoire de vie dans le rouge, le jaune et le vert...<sup>21</sup>



Source : Collectif pour un Québec sans pauvreté (2005)

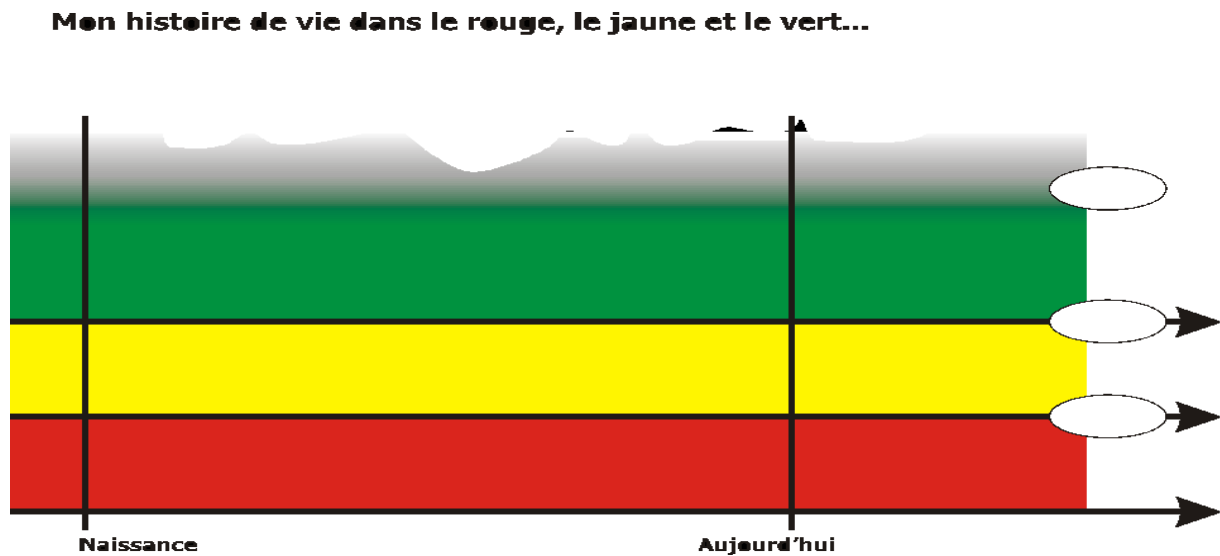
Cet outil a été conçu en 2003 au cours d'un carrefour de savoirs (iii) sur les besoins essentiels tenu par cet organisme avec des personnes vivant la pauvreté. Ce carrefour de savoirs visait à explorer librement diverses dimensions relatives à la couverture des besoins essentiels. L'outil s'inscrivait dans la continuité d'un cheminement du Collectif pour situer dans le pacte social et fiscal québécois les balises de revenu nécessaires à la couverture des besoins essentiels et à la sortie de la pauvreté. Le vert correspondait alors, dans l'imaginaire du Collectif, à l'idée d'une société sans pauvreté, au fait de sortir du manque pour atteindre un niveau de vie suffisant pour exercer l'ensemble de ses droits dans sa société. Le rouge symbolisait au départ

<sup>21</sup> Comme cette figure a déjà été identifiée plus tôt dans la thèse au chapitre 2, elle n'est pas numérotée ici selon la séquence des figures de l'ensemble de la thèse et ne se retrouve pas dans la liste des figures en début de thèse.

l'expérience d'être « dans le rouge », autrement dit de ne pas couvrir ses besoins essentiels. Le jaune avait semblé convenir, comme c'est le cas avec les feux de circulation, pour illustrer le fait de se trouver entre la couverture des besoins essentiels et la sortie de la pauvreté. Le pas de plus fait entre 2003 et 2006 dans le cadre du carrefour de savoir a été de faire retracer par chaque participante et chaque participant comment il ou elle avait évolué dans ces trois zones depuis sa naissance, autrement dit de faire son histoire de vie dans le « rouge, jaune, vert », et de préparer un outil à cette fin (Collectif pour un Québec sans pauvreté 2005).

La pertinence d'utiliser cet outil aux fins de la recherche a été confirmée à la suite de différentes vérifications effectuées auprès d'hommes fréquentant le centre communautaire, d'intervenantes et d'intervenants oeuvrant dans l'organisme communautaire et du comité-conseil de la recherche. Cependant, certaines modifications furent faites à la suite de nos échanges et observations. Comme l'utilisation d'images et le recours au dessin peuvent être négativement perçus ou ne sont pas des activités familières pour plusieurs hommes, nous avons convenu d'insister sur la liberté d'avoir recours ou non à l'outil pendant l'entrevue et de l'utiliser à sa façon. Nous avons également décidé d'offrir la possibilité aux participants de prendre un moment de réflexion avant de commencer l'entrevue puisque nous avons noté que l'ampleur de la tâche pouvait être ardue pour certains. Finalement, considérant la variation possible dans l'interprétation du rouge, du jaune et du vert, nous avons opté pour une présentation de l'outil plus simple et plus ouverte afin de saisir les différences potentielles sur le plan des représentations de la pauvreté et de sa sortie. Nous avons simplement indiqué que le rouge représentait la pauvreté, le vert la sortie de la pauvreté et le jaune une zone de transition entre les deux. Des ajustements mineurs ont été effectués et la version définitive, comme proposée dans le cadre de la recherche, se retrouve à la figure 2.

Figure 2- Mon histoire de vie dans le rouge, le jaune et le vert...<sup>22</sup>



Source : outil adapté à partir de celui développé par le Collectif pour un Québec sans pauvreté et intitulé « *Nos histoires de vie dans le rouge, le jaune et le vert* ».

Cet outil a été utilisé avec 21 des 22 hommes interviewés, dont quatorze ont physiquement tracé leur parcours de vie; certains ont tracé des lignes et des plateaux, d'autres des courbes. D'autres ont dessiné des pics ou des points. D'autres encore ont ajouté des âges, des dates ou encore des mots indiquant des moments ou des événements particuliers dans leur vie (par exemple : un viol, l'entrée dans une famille d'accueil, un déménagement, une formation, etc.). Cinq hommes n'ont pas voulu tracer leur parcours de vie, mais ont répondu aux questions en faisant fréquemment ou constamment référence à l'image, deux d'entre eux y notant même des mots. Les deux participants restants ont souhaité raconter leur histoire sans utiliser l'image, mais y ont toutefois fait référence une ou deux fois au cours de l'entrevue. Comme nous le verrons en conclusion, l'utilisation de cet outil a été cruciale, car il a permis de révéler des éléments qui autrement n'auraient fort probablement pas émergé.

## **Le milieu de recherche**

<sup>22</sup> Voir note précédente

Le centre communautaire, avec lequel nous avons collaboré, est situé dans la partie sud-est du quartier Hochelaga-Maisonneuve, un des quartiers les plus défavorisés de la ville de Montréal. Le centre offre plusieurs services, dont un accueil gratuit et inconditionnel dans un lieu chaleureux permettant de briser l'isolement social, des services de dépannage alimentaire ainsi qu'une épicerie communautaire. De plus, l'organisme amorce et soutient des activités de participation citoyenne et des activités éducatives. En moyenne, le centre est fréquenté quotidiennement par plus de 200 personnes dont la très grande majorité est composée d'hommes adultes.

### **Profil des hommes rencontrés**

Les 22 hommes rencontrés en entrevue individuelle constituent à la fois un groupe homogène et diversifié. Son homogénéité tient aux critères d'inclusion dans la recherche et au fait que nous n'avions qu'un seul lieu de recrutement. Les participants se distinguent en revanche sur plusieurs plans compte tenu de nos efforts de diversification des profils lors du recrutement.

Le participant le plus jeune avait 25 ans et le plus âgé 60, l'âge médian étant de 47 ans. La grande majorité était d'origine québécoise, soit dix-sept francophones et deux anglophones. Un participant était Franco-Ontarien mais habitait le Québec depuis une dizaine d'années, un autre était immigrant récent (moins de 5 ans) et un dernier immigrant de longue date (plus de 10 ans). Un des hommes avait fait des études universitaires (1er cycle) et un autre avait entamé des études de deuxième cycle, abandonnées au moment de l'entrevue. Cinq avaient poursuivi des études collégiales (CÉGEP) et avaient complété soit un DEC (diplôme d'études collégiales), soit un DEP (diplômes d'études professionnelles). Trois avaient terminé un diplôme d'études secondaires (DES). Près de la moitié (dix) avaient étudié au secondaire sans obtenir leur diplôme de cinquième secondaire, bien que trois possédaient une équivalence dans un secondaire « spécialisé ». Un participant n'était jamais allé à l'école et le dernier n'avait pas terminé ses études primaires. Sur le plan de la situation familiale et sociale, la très grande majorité (vingt) vivaient seuls, deux hommes seulement vivant avec une conjointe. Seize hommes se déclaraient célibataires et six autres rapportaient une relation avec un(e) conjoint(e). Les personnes vivant avec leur conjointe vivaient en appartement. Parmi les autres participants, un seul bénéficiait d'un HLM (*habitation à loyer modique*), certains

étaient chambreurs (huit), vivaient en colocation (trois) ou encore dans un petit appartement, souvent de type studio (huit). Seize des 22 hommes interviewés vivaient principalement d'une prestation d'aide sociale pour personnes « sans contraintes sévères à l'emploi », correspondant à environ 550 \$ par mois; de ceux-ci, un recevait en sus une rente pour vieillesse, alors qu'un autre exerçait un travail régulier déclaré à temps partiel (quelques heures par mois). La plupart nous ont parlé de petits travaux occasionnels sous la table pour obtenir un revenu additionnel. Quatre hommes recevaient une prestation d'aide sociale pour personnes « avec contraintes sévères à l'emploi » (allocation de solidarité sociale), soit 858 \$ par mois. Finalement, un des participants recevait des prestations de la Société d'assurances automobile du Québec (SAAQ) à la suite d'un accident en véhicule motorisé et un dernier travaillait à temps partiel qui lui donnait un revenu semblable à celui que donne l'aide sociale aux personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi.

### **Entre le noir et le vert : les représentations que se font les hommes interviewés du fait d'être pauvres et de sortir de la pauvreté**

Les représentations que se font les participants sont présentées ici en trois temps. Dans un premier, quelques constats généraux sont dégagés. Dans un deuxième, les principaux éléments qui caractérisent chacune des couleurs sont présentés. Finalement, un tableau synthèse reprend l'essentiel des éléments énoncés.

#### **Quelques constats généraux**

##### ***Une gradation***

Ce qui ressort en premier lieu des propos recueillis concerne l'utilisation d'une gradation reflétant des degrés de pauvreté et de richesse. Les hommes ont utilisé des expressions comme les « *bas fonds du rouge* », qui se situent tout en bas de cette zone, le « *rouge débrouillard* » qui se situe dans le haut de cette couleur, ainsi que de *petites et grandes richesses* dans le vert, introduisant d'emblée des nuances dans la catégorisation qui leur était proposée. De fait, la majorité d'entre eux a précisé verbalement ou dessiné avec minutie la

section où chacun situait ses divers moments de vie, en bas, au milieu ou en haut d'une zone, en indiquant clairement nuances et gradations.

### ***L'ajout du noir***

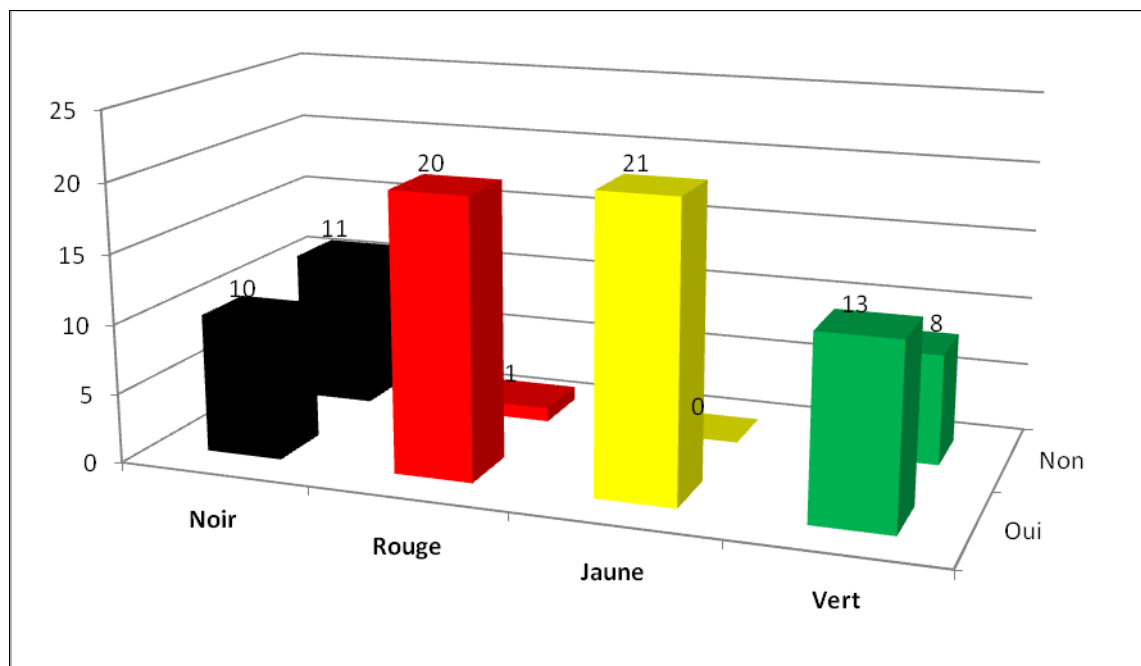
Dès les premières entrevues, certains ont dessiné un ou plusieurs épisodes de leurs parcours de vie en dehors de l'image, en dessous de la zone rouge. À la 12<sup>e</sup> entrevue, un homme a suggéré d'ajouter une couleur au-dessous du rouge, le noir, pour indiquer une zone de pauvreté encore plus sévère que celle à laquelle réfère le rouge. En tout, dix hommes ont indiqué de façon spontanée une zone au-dessous de la zone rouge et plusieurs ont parlé du noir, ce qui nous a amenés à introduire une zone additionnelle à l'outil original.

### ***Le positionnement des hommes selon les couleurs de leur parcours de vie***

Le graphique 1 illustre la répartition des hommes interviewés selon qu'ils ont vécu ou non un épisode dans le noir, le rouge, le jaune ou le vert au cours de leur vie. On peut constater qu'environ la moitié des vingt et un hommes sur vingt-deux qui ont référé à l'outil durant l'entrevue (iv), soit dix, a rapporté au moins un épisode de vie dans la zone noire alors que la quasi-totalité (20/21) mentionne avoir vécu au moins un épisode dans la zone rouge. Tous ont rapporté avoir vécu au moins un épisode dans la zone jaune et finalement un peu plus de la moitié ont indiqué au moins un épisode dans la zone verte.



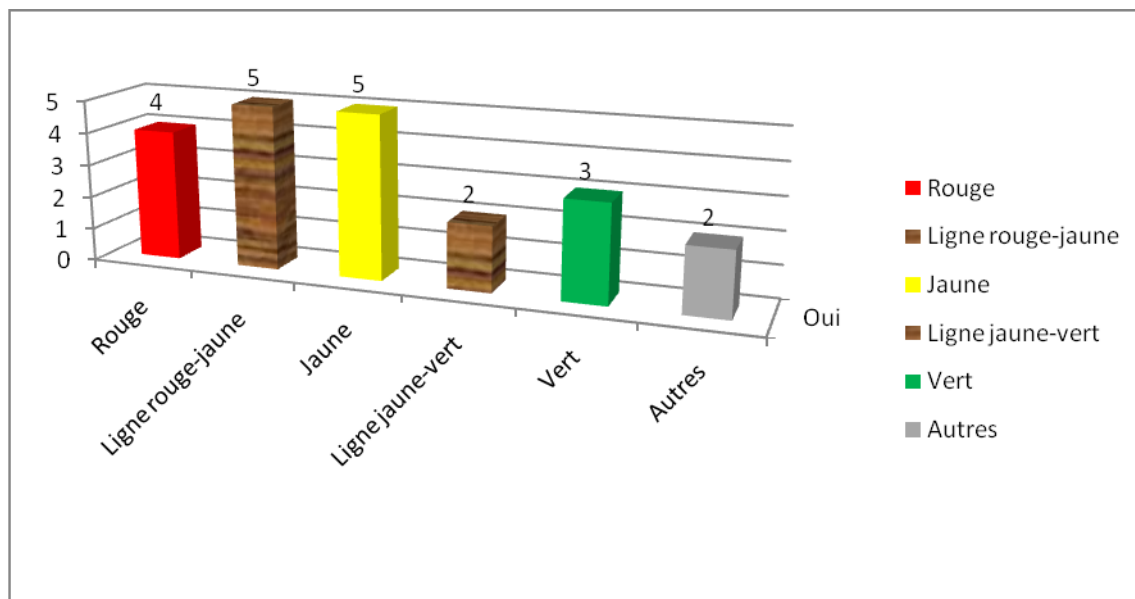
Graphique 1- Répartition des 21 hommes ayant référé à l'outil selon qu'ils disent avoir vécu ou non au moins un épisode dans chacune des zones de couleur au cours de leur vie



Source : Compilé à partir des entretiens.

Le graphique 2 présente l'auto-positionnement des hommes au moment de l'entrevue. Seulement quatre hommes sur les vingt-et-un se sont situés dans la zone rouge. Cinq participants se sont mis sur la ligne du rouge/jaune en expliquant qu'ils « *se promènent sur la ligne* » ou qu'ils sont « *borderline* ». Cinq participants se sont inscrits dans le jaune, deux autres se sont situés sur la ligne entre le jaune et le vert, les trois derniers se plaçant dans la zone verte. Deux hommes ont eu de la difficulté à se positionner. L'un a indiqué qu'il se situait sur la ligne séparant la zone rouge du jaune sur le plan financier et dans le noir sur les autres aspects de sa vie, alors que l'autre a décrit sa difficulté en expliquant que cela variait selon les aspects de sa vie, d'un jour à l'autre, et qu'en fait les couleurs s'entremêlaient.

Graphique 2 : Répartition des 21 hommes selon leur manière de se situer au moment de l'entrevue



Source : Compilé à partir des entretiens.

## Les représentations du noir, du rouge, du jaune et du vert

### *Le noir : « le gouffre »*

Dix hommes ont raconté avoir vécu un ou plusieurs épisodes de vie dans le noir, les autres ne l'ayant pas mentionné. Il est cependant possible que davantage d'hommes se soient positionnés dans cette zone si celle-ci avait initialement été incluse dans l'outil de recherche. Ceux qui ont inscrit des épisodes dans cette zone les décrivent comme étant les pires moments de leur vie. Pour certains, de tels épisodes se sont étalés sur une période de quelques mois, alors que d'autres parlent de plusieurs années. Un participant a même mentionné avoir vécu toute sa vie dans la zone du noir en ce qui a trait aux aspects affectifs, relationnels et psychiques de sa vie. Cette zone est associée à des éléments négatifs forts, désignés par des expressions comme « le gouffre », « le fond », « pris dans le trou », « la déchéance », « tu te noies », « tu t'enfonces », « fuck the world », « c'est comme une ruelle pas de lumière », « c'est le point de non-retour ».

Les dix hommes qui se sont situés dans le noir à un moment de leur vie ont majoritairement fait explicitement allusion à leur situation financière précaire pendant cette période. Cinq ont raconté avoir été plongés dans une situation financière pitoyable lors de ces épisodes, quatre d'entre eux ayant vécu des situations d'itinérance. Quelques-uns ont toutefois indiqué avoir vécu dans cette zone tout en étant dans une situation financière relativement confortable. Les hommes ont évoqué des situations souffrantes, comme des sévices physiques, sexuels ou psychologiques, un épisode de consommation de drogues, un problème grave de santé mentale non soigné ou une rupture amoureuse, pour expliquer leur positionnement dans le noir. Cinq thèmes saillants caractérisent la zone du noir.

1. *Détresse et souffrance*. Tous les hommes interviewés ont parlé de leurs épisodes de vie dans le noir comme de périodes où ils étaient plongés dans un état de crise aiguë et où ils vivaient une souffrance vive et intense, avant tout psychique, mais aussi physique, accompagnée de sentiments tels que la haine, la colère, la peur, la tristesse profonde, la honte, et l'humiliation. Plusieurs ont rapporté des situations pénibles et angoissantes qui ont provoqué des états de détresse intense. Certains ont décrit des moments de désarroi et d'impuissance : « *tu es pogné à la gorge* ».

2. *Exclusion, rejet et abandon*. Le noir semble être une zone où les hommes ont décroché de la société. Plusieurs ont déclaré avoir perdu complètement le contact avec la réalité pendant ces épisodes : ils ont « *pété une coche* », « *disjoncté* », « *décroché* », « *dérailé ben raide* ». Les quatre hommes interviewés qui ont vécu des périodes d'itinérance ont déclaré avoir décroché de la société et avoir perdu « *confiance en la société* » comme le témoigne le passage suivant :

*Quand t'es rendu dans l'itinérance, t'as pu de dignité, un moment donné, je me lavais pu, j'ai été deux semaines... personne me reconnaissait, moi y a toujours du monde... moi on m'appelait l'itinérant de luxe, le gars qui est passé devant les caméras souvent [Q- L'itinérant de ?] L'itinérant de luxe. [...] J'ai dit : « En tout cas, j'vas le prendre! » Parce que je me rasais*

*toujours bien, mais un moment donné là, j'me laissais aller, pis j'ai été deux semaines dans ma cabane à chien comme c'était, j'étais isolé de tout le monde pis j'étais dehors pis je me lavais même pu, un moment donné j'avais le même linge. Mais la personne, la première personne qui m'a vu il dit : « C'est pas lui ça ! » « Ben ouais ! » Moi j'étais sur la colle, j'étais gelé pis j'étais... j'étais tout » somnolant, tout » poqué. Pis je mangeais pas convenablement, en deux semaines je pense que j'ai mangé 4 fois en deux semaines. J'étais pu moi-même. Je tolérais pu rien là, pu de bruit, pis je voulais pas entendre rien. Je me mettais des ouates dans les oreilles là pis... Déconnecté, totalement. L'itinérance m'avait rendu dans le noir total. La noirceur de pu voir le jour se lever, de voir les oiseaux, y'avait pu rien de drôle. C'était ça (GD2).*

Plusieurs expliquent avoir vécu des sentiments d'abandon et de rejet : « *tu te sens mal aimé* », « *tu te sens comme un chien abandonné* », « *tu te sens comme du bétail* », « *tu te sens inutile, inférieur* », « *seul au monde* », en n'ayant personne pour les aider et en ne sachant pas où aller : « *On ne sait plus quoi faire avec ça, à qui parler, ça fait mal comme un poids dans soi-même* ».

3. *Désespoir*. Les moments associés à la zone noire sont décrits comme des moments de désespoir profond, où on ne voit « *rien au bout du tunnel* », « *on voit noir* », « *on veut mourir* », « *on veut décrocher* », « *on veut tout laisser tomber* ». Plusieurs disent avoir pensé au suicide, cinq indiquant avoir fait une ou plusieurs tentatives lors de ces épisodes de vie dans le noir. Trois des hommes interviewés ont expliqué avoir été dans un mode d'autodestruction, notamment en faisant référence à leur consommation de drogues.

4. *Incompréhension*. Les participants ont expliqué que ce sont des moments où « *on se sent perdu* », « *on ne comprend pas ce qui se passe* », « *on ne comprend pas pourquoi ça nous arrive* », « *on est dans le non-sens* ». « *C'est quand la roue de la vie tourne du mauvais bord* ». Ils évoquent une zone d'incompréhension où ils sont dans une quête de sens et de repères dans leur vie. Trois d'entre eux ont mentionné avoir vécu une crise d'identité profonde à ce moment-là.

5. *Honte et perte de dignité*. Enfin, plusieurs évoquent une perte de dignité et d'intégrité en lien avec des situations d'abus et de rejet, mais aussi en lien avec les conditions de vie difficiles et inhumaines dans lesquelles ils ont vécu lors de ces épisodes. Un d'entre ceux qui ont vécu des situations d'itinérance explique que, par moments, il ne se percevait plus comme un humain. Il se trouvait dans un état de survie et il ne se sentait plus lui-même : « *c'est une survie animale... On devient plus animal qu'humain* ». Ce même participant a expliqué qu'un jour, alors qu'il était affamé, il a volé un pain à une personne qui était elle aussi en situation de pauvreté, enfreignant ainsi ses propres valeurs et affirmant vivre depuis ce jour avec la honte d'avoir été « *si bas* ».

### ***Le rouge : « Une situation de manques »***

Tous les hommes interviewés, sauf un, rapportent avoir vécu au moins un épisode dans le rouge. La grande majorité (19) indique y avoir vécu plus d'un épisode, dont la durée a varié de quelques mois à plusieurs années. Deux des hommes interviewés ont dit y avoir vécu la plus grande partie de leur vie, avec quelques épisodes ici et là dans le jaune ou le vert. Plusieurs éléments mentionnés en lien avec la zone du noir se retrouvent dans le rouge, particulièrement lorsque les hommes ont évoqué des situations dans « *le bas du rouge* ». Comme le noir, le rouge ne semble présenter que des éléments négatifs que les hommes désignent par des expressions telles que : « *survie* », « *zone de non-existence* », « *être dans le trou* », « *une situation de misère* », « *une situation de manques* ». Certains hommes évoquent des expériences non seulement négatives, mais dont ils se sentent tout au moins partiellement responsables. Ces hommes parlent de « *laisser-aller* », d'oisiveté et d'apathie, éléments desquels ils voulaient ardemment se dissocier lors de l'entrevue.

La majorité des hommes interviewés ont évoqué la situation financière pitoyable dans laquelle ils se trouvaient lorsqu'ils étaient dans la zone rouge. Ils ont expliqué que les montants reçus de l'aide sociale, n'ayant pas été indexés au coût de la vie durant de nombreuses années, sont nettement insuffisants pour combler leurs besoins essentiels. Ils se retrouvent ainsi dans une situation qui rend impossible la réalisation de projets tels que le retour à l'école, l'entrée dans une formation ou la recherche d'un emploi, leur énergie étant complètement vouée à la survie. Quelques-uns ont expliqué avoir été obligés d'emprunter de l'argent à des personnes de leur

entourage ou auprès de prêteurs à taux usuraires (*shylocks*), ce qui dans certains cas les a plongés dans une situation de surendettement dont il a été difficile de se sortir.

À une exception près, tous les hommes interviewés ont mentionné d'autres éléments, outre leur situation financière, pour expliquer leur passage dans le rouge. Soulignons qu'une minorité a vécu un ou plusieurs épisodes dans le rouge tout en étant dans une situation financière acceptable, certains ayant même occupé un emploi dont la rémunération était supérieure au salaire minimum. Cela démontre que pour nos participants, si la dimension économique est très présente, dans la zone du rouge tout comme dans la zone du noir elle n'est pas la seule associée à la pauvreté. Nous retrouvons plusieurs situations de nature autre qu'économique, certaines déjà évoquées dans la zone du noir, pour expliquer leur positionnement dans la zone rouge (abus, itinérance, problèmes psychiatriques non traités, deuils, maladie d'un proche, analphabétisme). On y retrouve également plusieurs thèmes saillants évoqués pour décrire la zone noire. Pour les hommes qui ont vécu des épisodes dans le noir, le rouge semble être une situation un peu moins aiguë, un peu moins sévère. Notons que pour les autres, on retrouvait souvent lors de l'entrevue le même degré d'intensité présent dans la description de la zone noire.

Les quatre thèmes saillants qui suivent caractérisent les expériences vécues dans la zone rouge.

1. *Désorganisation*. Plusieurs des hommes interviewés ont associé la zone du rouge à des épisodes de leur vie où ils n'arrivaient pas à fonctionner normalement, des moments où leur vie était complètement chambardée et désorganisée souvent à cause de problèmes familiaux intenses tels des abus, des abandons, des ruptures ou un divorce. Ces problèmes occasionnaient des blessures psychiques insupportables qui les affectaient intérieurement, les empêchant de fonctionner en rendant les relations difficiles avec autrui et en les empêchant souvent de combler leurs besoins essentiels. Certains se sont alors lancés dans les cercles pernicieux de la consommation (alcool, drogue, ou jeu) pour s'évader de leurs problèmes et « *geler leurs émotions* ». D'autres encore ont souligné l'impact de problèmes psychiatriques,

non pris en charge adéquatement ou non traités, sur les compétences organisationnelles et fonctionnelles exigées par notre société. Certains ont rapporté des épisodes d'itinérance provoqués par cet état de désorganisation alors que d'autres ont expliqué s'être volontairement isolés de la société. La difficulté de vivre en société et de s'y adapter résultait aussi de problèmes relationnels de toutes sortes avec famille, école, réseau social ou travail. Ceci semble être particulièrement le cas pour les personnes ayant vécu des sévices physiques, psychologiques ou sexuels. L'absence d'aide de leur réseau social (famille, amis, entourage) ainsi que l'absence ou l'inadéquation des ressources professionnelles ont été soulignées par plusieurs hommes interviewés comme facteurs explicatifs.

2. *Exclusion.* Certains participants ont décrit la zone du rouge comme étant une zone de manques. En plus des manques vécus sur le plan des besoins essentiels (tels que nourriture, vêtements et logement), certains ont mentionné le manque d'amour, l'un parlant de pauvreté émotionnelle pour décrire cette composante.

Plusieurs ont rapporté des sentiments d'exclusion et de marginalité. Ils ont décrit avoir été rejetés de leurs milieux familiaux, de leurs réseaux d'amis et des milieux institutionnels (par exemple, l'école ou les services sociaux et de santé) ou des milieux communautaires en raison de leur statut de non-emploi, de leur incapacité financière à participer à des activités sociales et culturelles ou à consommer certains biens et services (par exemple, acheter des vêtements). D'autres motifs ont en outre trait à l'orientation sexuelle, aux problèmes psychiatriques, à des capacités physiques ou mentales inadéquates ou des traits de personnalité excentrique ou explosive. Notons que certains ont reconnu ne pas parvenir à expliquer leurs expériences de rejet et d'exclusion.

3. *Manque de pouvoir et exploitation.* Plongés dans le rouge, plusieurs ont expérimenté un manque de pouvoir et de contrôle sur leur vie en lien avec diverses situations : sévices physiques, psychologiques ou sexuels vécus dans leur famille d'origine ou famille d'accueil, dans leurs rapports avec les professionnels de la santé (notamment pendant des séjours en psychiatrie), dans leurs rapports avec les agents d'aide sociale, lors de situations

d'exploitation ou de harcèlement au travail. D'autres hommes soulignent s'être « *fait avoir* » par différents types d'organisations (telles qu'une agence de rencontres, une compagnie pharmaceutique qui effectuait des tests ou une compagnie de téléphone) et par des personnes de leur entourage (famille, ami(e)s, conjoint(e), propriétaire). Cette exploitation par autrui a été attribuée par certains à leur ignorance de certaines choses de la vie causée par leur faible scolarisation ou leur analphabétisme. D'autres ont aussi admis leur naïveté, qu'ils relient à l'isolement social et culturel vécu pendant leur enfance. D'autres encore ont relevé la nature mesquine des personnes rencontrées qui ont abusé de leur pouvoir. Tous les hommes ayant vécu de l'exploitation sur le marché du travail « formel » ou dans des petits contrats sous la table ont notamment identifié la méconnaissance de leurs droits ou l'accès difficile aux services d'aide juridique comme facteurs explicatifs.

4. *Apathie*. Finalement, certains des participants ont dit avoir été dans un état apathique « *de marasme* », « *d'inertie* », de « *laisser-aller* » lors de leurs épisodes dans le rouge. Ils ont décrit un accablement physique et moral causé par l'accumulation et le poids des difficultés rencontrées qui entraîne une certaine paralysie de l'action.

#### ***Le jaune : « une zone tampon »***

Tous les hommes ont mentionné avoir vécu des épisodes dans la zone du jaune d'une durée allant de quelques mois à plusieurs années. Contrairement au noir et au rouge, cette zone englobe à la fois des éléments positifs et des éléments négatifs pour les participants qui la désignent par des expressions générales telles que : « *zone tampon* », « *garder sa barque à flot* », « *je m'en sors* », « *tu existes* », « *t'arrives juste à payer tes affaires pis tu profites de rien* ».

Sur le plan financier, le jaune semble pour plusieurs représenter une zone de précarité plus confortable que celle du rouge, néanmoins toujours caractérisée par un mode de survie. La zone du jaune n'est généralement pas décrite comme accessible lorsque le chèque d'aide sociale constitue la seule source de revenus : une entrée d'argent additionnelle est nécessaire. À l'instar des autres couleurs, le jaune a été dichotomisé par certains participants. Sa partie



inférieure constitue une zone où « *tu arrives juste* », « *tu arrives à combler tes besoins de base* », « *tu as juste le nécessaire* », « *tu vis des petites insécurités financières et tu n'arrives pas à combler tous tes besoins* ». Il semble que cette zone corresponde à une situation où l'on dispose du strict nécessaire sur le plan financier pour la survie, mais pas assez pour pouvoir « *profiter de la vie* » et « *s'offrir des petits plaisirs* » tels que le restaurant, le cinéma, le théâtre ou un concert. La partie supérieure du jaune semble être associée au travail précaire, instable, contractuel, souvent peu valorisant ou insatisfaisant, ou encore au travail avec un salaire sous le seuil du faible revenu. Très peu d'hommes ont enfin évoqué la zone du jaune sans faire référence à une dimension financière. Outre cette dimension, quatre thèmes ressortent comme caractérisant la zone jaune.

1. *La débrouillardise et l'apprentissage d'habiletés*. Selon certains, vivre dans le jaune signifie déployer efforts et stratégies pour se maintenir à flot. Il s'agit d'une zone où tu « *te prends en main* », contrairement à la zone du rouge qui pour certains est davantage associée au laisser-aller, à l'oisiveté et à la déchéance. Plusieurs des hommes interviewés ayant connu le rouge ont expliqué avoir atteint le jaune « *avec le temps* » même si leur statut à l'aide sociale n'avait pas changé. Ils ont expliqué avoir trouvé ou appris des stratégies pour se débrouiller avec le montant d'argent qu'ils recevaient mensuellement. Ils ont raconté avoir appris à « *s'administrer* », « *à s'organiser* », « *à budgéter* » et « *à courir les aubaines* ». Une des stratégies de débrouillardise fréquemment évoquée est celle de l'utilisation judicieuse des ressources communautaires, comme les soupes populaires et les vestiaires. Pour plusieurs, cette stratégie est toutefois difficile à mettre en application, car elle implique de « *piler sur son orgueil* » ou de « *développer son côté féminin* ». Un participant a évoqué un processus d'apprentissage qui s'établit au fil du temps ; selon lui, il faut « *apprendre à vivre pauvre* », un apprentissage qui implique le développement de connaissances, d'attitudes et d'habiletés. Plusieurs hommes interviewés ont avoué ne pas avoir le choix de « *tricher* » un peu et de se bricoler un revenu de sources additionnelles pour « *arrondir les fins de mois* ». Ils ont expliqué que les montants de l'aide sociale alloués à une personne apte au travail sont insuffisants et qu'il est absolument nécessaire de trouver des petits travaux occasionnels tels que : ramasser des bouteilles, participer à des essais cliniques de compagnies pharmaceutiques, ou faire des petites *jobines* (par exemple distribuer des dépliants publicitaires, effectuer des travaux de menuiserie, des travaux ménagers, des déménagements

ou des livraisons pour commerces, voisins ou propriétaires). Finalement, certains hommes interviewés se sont dits contraints à commettre des délits afin de survivre, incluant le vol et la prostitution.

2. *Le cheminement vers la guérison.* Quelques participants font référence à la zone du jaune en tant que cheminement dans la voie de la guérison de blessures psychiques, de comportements violents ou de dépendance à la drogue, à l'alcool ou au jeu. Il s'agirait d'une prise de conscience sur les causes et effets d'un ou plusieurs problèmes, résultant d'un travail sur soi découlant d'une démarche individuelle ou impliquant des ressources d'aide. C'est toutefois une zone où la personne est encore fragile et n'est pas tout à fait guérie. On craint donc « *les rechutes* », mais « *on commence à remonter ou on remonte tranquillement la pente* », « *on est en voie de* », « *on décolle* ». Un début de rapprochement avec les membres de son réseau social est engagé, de même qu'avec le reste de la société en général. Les sentiments de marginalité et d'isolement décroissent, phénomènes qui seraient renforcés par certains organismes communautaires.

3. *De petites et grandes réalisations.* Alors que leur situation financière n'avait pas changé, certains des hommes ont expliqué leur passage du rouge au jaune par la réussite de projets personnels. Quelques-uns ont ainsi évoqué avoir cessé de consommer de la drogue. Un autre a mentionné sa sortie de l'analphabétisme, source d'un contrôle et de pouvoir accrus. Un participant a indiqué avoir réussi à perdre du poids, ce qui lui a permis d'obtenir un emploi exigeant sur le plan physique qui ne lui était pas accessible auparavant. Un autre homme a raconté avoir vaincu sa dépendance affective à la suite d'ateliers offerts par un CLSC, où il a compris l'origine de ses comportements violents dans ses relations avec les femmes. Certains ont fait référence à des compétences acquises dans des programmes de formation ou d'insertion en emploi. D'autres ont parlé de bénévolat et d'engagement citoyen qui les valorisent et brisent leur isolement social.

4. *La reconnaissance de forces et de richesses.* Finalement, certains des hommes interviewés se sont situés dans la zone jaune en évoquant certaines richesses personnelles, malgré leur

pauvreté économique. Un de ces hommes a ainsi indiqué « *je n'ai pas ma force monétaire, mais j'ai ma force de caractère* ». Un autre a expliqué « *Je suis pauvre là, mais j'ai jamais... Je suis pauvre oui pis non estie, parce que j'ai toujours étudié beaucoup tu sais, c'est pas mal ça* ».

***Le vert : « vivre et non seulement exister »***

Treize des 21 participants disent avoir connu un épisode dans la zone du vert à un moment de leur vie. Cinq d'entre eux ont précisé que ces épisodes avaient été d'une très courte durée (quelques mois), alors que huit autres ont parlé de quelques années ; deux en particulier ont indiqué être nés dans le vert et y avoir vécu la majeure partie de leur vie. Finalement, huit participants n'auraient jamais connu d'épisode dans la zone du vert. Le vert semble être associé presque exclusivement à des éléments positifs ou du moins à une zone où les éléments positifs ont largement préséance sur les éléments négatifs. La dimension du vert est exprimée à travers des expressions telles que : « *espoir* », « *vivre* », « *zone de réalisation* », « *sérénité* », « *discernement* », « *bien-être* », « *c'est vivre et non seulement exister* ».

Le degré d'importance accordé à la dimension économique des expériences vécues associées à la zone du vert varie grandement entre les hommes. Six des treize hommes rapportant un passage dans le vert disent avoir vécu ces moments tout en étant bénéficiaires de l'aide sociale. Ces derniers n'expliquaient donc pas cette perception de sortie de pauvreté par la dimension économique, mais plutôt par d'autres dimensions. Les sept autres hommes ayant vécu des épisodes dans le vert identifiaient au contraire la dimension économique de manière centrale, bien que parfois insuffisante. Certains ont fait référence à un revenu additionnel à celui de l'aide sociale aidant à combler les besoins de base. D'autres ont mentionné un revenu au-dessus du salaire minimum, permettant de jouir d'une certaine liberté financière et donc de consommer des biens et services pour « *profiter de la vie* » (études, cinéma, voyages, sports, musique, sorties sociales et culturelles). Plusieurs ont également parlé de santé et de sécurité financière, respectivement définies comme un « *bon état au niveau de ses finances personnelles* » et une absence de tracas, de dettes, de stress financier ainsi que la possession d'épargnes. Sept thèmes saillants caractérisent la zone verte

*1. La valorisation sociale.* L'importance de se sentir valorisé ressort comme élément central de la zone du vert. Pour plusieurs participants, le simple fait d'avoir un emploi rémunéré et le statut de travailleur procure en soi dignité et fierté. Pour certains, cet élément est même suffisant pour sortir de la pauvreté à leurs yeux. La majorité estime toutefois que le type d'emploi exercé est également primordial, tant dans sa dimension financière que dans le genre de tâches à accomplir. C'est ainsi qu'un emploi doté d'une rémunération acceptable, mais peu valorisant sur le plan personnel ou social n'équivaut donc pas pour tous à une sortie de la pauvreté. Quelques-uns ont aussi mentionné la valorisation que procure la réalisation de projets et de divers types d'activités non reliées au marché du travail comme du bénévolat dans des organismes communautaires, de l'entraide entre voisins, un engagement dans un comité de citoyens ou l'offre de soins à un membre de la famille.

*2. La réalisation de soi et l'épanouissement personnel.* Plusieurs participants ont évoqué des situations dans le cadre d'un emploi, d'une formation ou d'un engagement communautaire où ils ont eu l'occasion d'utiliser et de perfectionner leurs talents et leurs habiletés, ce qui leur a procuré un sentiment de satisfaction personnelle. Pouvoir contribuer à la société en utilisant ses habiletés et talents semble pour plusieurs être essentiel à la sortie de la pauvreté. Certains hommes semblent toutefois percevoir que la voie par excellence pour se réaliser est d'avoir un travail et qu'il n'existe pas de véritable alternative.

*3. Le pouvoir et le sentiment de contrôle.* Pour plusieurs, la zone verte est reliée à l'importance du pouvoir et du contrôle sur la vie. Un participant a principalement expliqué son ascension dans la zone du vert par l'acquisition de ce plus grand pouvoir, précisant qu'il n'en avait jamais bénéficié auparavant. Il a relaté qu'au fil du temps, l'accroissement du sentiment de contrôle avait été rendu possible par toutes sortes d'apprentissages, ce qui lui a également permis de s'émanciper de la relation de dépendance qu'il entretenait avec le milieu institutionnel. Les hommes interviewés qui ont parlé de cette dimension ont tous vécu une situation où leur autonomie avait été fortement brimée par un séjour en psychiatrie ou en centre d'accueil, un séjour en prison ou encore une situation d'abus, d'exploitation ou de dépendance affective.

4. *La sérénité et la paix intérieure.* Pour plusieurs hommes interviewés, le vert semble représenter une zone de sérénité et d'harmonie émotionnelle avec soi, les autres et la collectivité. Cet état de sérénité ne serait possible qu'avec une certaine connaissance et acceptation de sa personne et un meilleur discernement des mécanismes par lesquels une période de vie fut problématique. Certains ont mentionné avoir atteint cette zone avec l'aide d'une ou de plusieurs thérapies. D'autres ont raconté avoir acquis une certaine paix intérieure en comprenant et pardonnant à autrui ou en acceptant leur vécu et leur identité. Trois hommes ont ainsi expliqué avoir été en mesure de cesser leur consommation de drogues par ce biais. Cette dimension semble être particulièrement présente chez les hommes ayant vécu des situations pénibles dans leur enfance qui ont entraîné par la suite toutes sortes de problèmes. Certains ont évoqué la contribution déterminante d'intervenants ou de programmes d'aide spécifiques, offerts par des ressources communautaires ou le système de santé.

5. *Aimé et être aimé.* Une relation amoureuse avec un conjoint ou une conjointe a ainsi été évoquée. Des relations affectives satisfaisantes avec d'autres personnes ont également été mentionnées, telles que des parents, des enfants ou d'autres membres de la famille. Certains ont décrit l'importance d'entretenir des relations sociales satisfaisantes avec des amis, des voisins et des collègues de travail.

6. *Bien-être et bonheur.* Certains hommes ont fait référence à un état de bien-être général sur les plans physique, psychologique ou mental. La zone du vert représente donc des périodes où l'on se sent bien et heureux grâce à une multitude de facteurs professionnels et relationnels.

7. *Espoir et espérance.* Finalement, la zone verte constitue pour quelques-uns une zone d'espoir ou d'espérance. Un participant a ainsi expliqué se situer dans la zone du vert, car il avait « confiance en l'avenir ». Un autre a dit qu'il avait « confiance et espoir de m'en sortir ».

## Les couleurs de la pauvreté et de sa sortie : éléments de synthèse

Le tableau ci-dessous récapitule les principales caractéristiques identifiées pour chaque couleur et fait ressortir les différences entre elles.

Tableau 1- Synthèse des éléments saillants reliés à chacune des couleurs

	Noir	Rouge	Jaune	Vert
<b>Principaux éléments caractérisant les situations vécues dans chacune des couleurs</b>				
<b>Situation financière</b>	Aucun revenu	Insuffisance de revenu	Précarité financière	Liberté, santé et sécurité financière
<b>Satisfaction des besoins physiques de base</b>	Besoins non satisfaits; état de privations multiples		Besoins partiellement satisfaits; « <i>arrive juste</i> »	Besoins majoritairement satisfaits; liberté de consommation
<b>Logement</b>	Itinérance; maison de chambres; colocation		Logement social	Logement agréable et sécuritaire
<b>Alimentation</b>	Avoir faim		Manger à sa faim avec l'aide de ressources	Manger des produits diversifiés et de qualité selon son goût
<b>Occupation</b>	Sans emploi et sans possibilité de se réaliser		Travail précaire ou peu valorisant	Travail au dessus du seuil du faible revenu ou travail valorisant; possibilités de se réaliser hors travail
<b>Situations problématiques et présence des ressources d'aide</b>	Cumuls de problèmes divers : abus/violence, consommation, épisodes suicidaires, itinérance, divorce, accident de travail incapacitant, surendettement, isolement social, délinquance, criminalité, problèmes		Situations de transition : des problèmes en voie de résolution; certains problèmes	Avoir résolu un problème avec aide ou non d'autrui; avec aide ou non de ressources

	Noir	Rouge	Jaune	Vert
	psychiatriques mal soignés, perte d'emploi, deuils, dépendance affective, analphabétisme  Ressources d'aide inadéquates ou inaccessibles  État de crise/déni du problème/ne consulte pas les ressources		résolus  Ressource adéquate ou aide d'autrui ou amorce de travail individuel  Conscience du problème, démarche d'aide, guérison enclenchée	
<b>Dimensions saillantes de l'expérience reliée à chacune des couleurs</b>				
	Mal-être		↔	Bien-être
	Détresse, souffrance, révolte		↔	Sérénité, libération, paix intérieure
	Désespoir		↔	Espoir
	Insécurité		↔	Sécurité
	Instabilité		↔	Stabilité
	Dysfonctionnement		↔	État fonctionnel
	Peu d'estime de soi		↔	Estime de soi
	Être en carence affective		↔	Être aimé
	Exclusion/marginalisation		↔	Inclusion/Intégration
	Dévaluation sociale		↔	Valorisation/reconnaissance sociale
	Honte/perte de dignité		↔	Fierté/dignité
<b>Quelques paroles d'hommes illustrant chacune des couleurs</b>				
	« <i>Survivre comme un animal</i> »	« <i>Survivre</i> »	« <i>Exister</i> »	« <i>Vivre</i> »
	« <i>Le gouffre</i> » « <i>Le point de non-retour</i> » « <i>Fuck the world</i> »	« <i>Le trou</i> » « <i>Situation de misère</i> » « <i>C'est le tison qui te brûle</i> »	« <i>Zone tampon</i> » « <i>Garder sa barque à flots</i> » « <i>Arriver juste</i> »	« <i>Sérénité</i> » « <i>Espoir</i> » « <i>Se réaliser</i> »

Source : Tableau compilé à partir de l'analyse des entrevues

## **Discussion**

En cohérence avec notre approche participative, nous avons développé la discussion qui suit principalement à partir de rencontres regroupant des hommes autour des constats d'analyses préliminaires. Cette discussion fut également alimentée par de nombreux échanges avec les intervenantes et bénévoles œuvrant au centre communautaire qui furent étonnés des résultats, notamment du fait que les hommes rencontrés ne se positionnaient pas majoritairement dans la zone rouge au moment de l'entrevue. Nous étions également surpris de constater l'écart entre les représentations sociales des hommes et celles recueillies lors d'exercices similaires avec l'outil auprès de personnes en situation de pauvreté, ainsi que celles couramment véhiculées dans la société québécoise. Dans la première partie de la discussion, nous tentons d'approfondir les représentations sociales des hommes. Nous tentons de comprendre le constat inattendu voulant que les hommes interviewés, même s'ils indiquaient vivre une situation de pauvreté (critère d'inclusion de la recherche), ne se sont pas positionnés dans la zone rouge au moment de l'entrevue, pourtant désignée dans l'outil comme étant une zone de pauvreté. Dans la deuxième partie, nous discutons les dimensions de la pauvreté et de sa sortie telles que révélées par le discours des hommes. Nous soulignons également les forces et les limites de notre recherche et dégageons des avenues potentielles pour la recherche et l'intervention.

### ***Pourquoi les hommes ne se situaient-ils pas dans le rouge au moment de l'entrevue?***

#### *Refus de l'étiquette de « pauvre » et désir de projeter une bonne image*

Il est possible qu'un phénomène de désirabilité sociale explique en partie ce phénomène. La désirabilité sociale est un biais reconnu en recherche qui est particulièrement présent lors du recours à des entrevues individuelles qui ne préservent pas l'anonymat des personnes et où les dynamiques sociales entre l'enquêteur et l'enquêté sont à l'œuvre. La pauvreté étant une situation socialement perçue comme défavorable, voire honteuse, il est possible que les hommes aient voulu s'en distancier et aient interprété leur situation en conséquence.



Par ailleurs, selon des travaux de recherche et des groupes communautaires (comme ATD Quart monde, Collectif pour un Québec sans pauvreté), certaines personnes refuseraient la dénomination de « pauvre » pour préserver leur sens de l'honneur et leur dignité. Cette réalité avait été prise en compte lors de l'élaboration du protocole de recherche et nous avons choisi délibérément de parler d'« hommes en situation de pauvreté » plutôt que d'« hommes pauvres ». Il est malgré cela possible que certains hommes n'aient pas voulu se positionner dans la zone rouge au moment de l'entrevue pour signifier leur refus de l'étiquette. Tel que nous l'avons vu plus haut, quelques-uns ont d'ailleurs clairement dit pendant l'entrevue qu'ils ne se considéraient pas dans la zone rouge parce qu'ils n'étaient pas « *pauvres – pauvres* » : ils ne se trouvaient pas dépourvus de richesses malgré leur pauvreté économique.

Les recherches sur la masculinité permettent également de croire que le genre a pu influencer les réponses obtenues. Une littérature relativement abondante associe la socialisation des hommes à la prédominance des normes masculines traditionnelles basées sur des valeurs telles que l'indépendance, l'autonomie et la performance, lesquelles sont incompatibles avec une expression explicite de la vulnérabilité (Dulac 2001, Tremblay et l'Heureux, 2005, Connell, 1995). Ceci permet donc d'émettre l'hypothèse que les hommes n'ont pas voulu exposer pleinement leur vulnérabilité et ont pu vouloir projeter une image d'homme fort malgré leur piètre situation financière. Les échanges en groupes de discussions autour des résultats révèlent que cette hypothèse semble fort raisonnable comme l'illustre la citation suivante : « *Ben y'en a peut-être qui sont ben orgueilleux pis qu'y ont dit qu'y étaient dans le vert par orgueil de mâle tu sais [...].* »).

Par ailleurs, l'identité sociale de la personne qui a mené les entrevues qui n'était ni du même genre ni du même milieu social que les hommes interviewés, a pu également influencer les réponses des hommes. Dans la littérature, les avis sont partagés sur la question de l'homologie des caractéristiques sociales entre l'intervieweur et l'interviewé et de ses effets sur la recherche (Poupart, 1997). Certains auteurs soutiennent qu'au-delà de cette homologie, d'autres éléments potentiellement plus influents doivent être pris en considération, tels que l'attitude, la posture de l'intervieweur et les méthodes d'entrevues (Charmaz, 2006). Ce qui

nous semble évident est l'impossibilité d'échapper aux dynamiques sociales en jeu lors d'un entretien et l'importance d'en prendre conscience et de réfléchir à leur influence sur les résultats de recherche (Poupart, 1997).

Dans le cadre de cette recherche, la question de l'identité de l'intervieweuse a été discutée ouvertement avec les participants, quelques intervenants du centre communautaire et le comité-conseil. Il ne semble pas que cette identité ait influencé le phénomène de manière significative. Selon les propos recueillis auprès des hommes rencontrés, le fait d'être une femme aurait plutôt facilité l'expression des sentiments. Il en est de même avec le fait de ne pas vivre dans le quartier et avec l'aspect confidentiel de la rencontre. Plusieurs ont aussi souligné que la posture adoptée par l'intervieweuse (être à l'écoute, la sensibilité, la valorisation de leurs expériences) leur avait permis de s'exprimer en toute confiance. Mentionnons néanmoins que deux hommes ont indiqué la possibilité que certains thèmes aient été contournés, dont un qui a souligné avoir évité le sujet de la sexualité, trop tabou et délicat à aborder particulièrement avec une femme.

La volonté de projeter une bonne image et de ne pas exposer pleinement sa vulnérabilité ne nous semble toutefois pas expliquer entièrement le fait que les hommes ne se soient pas positionnés dans la zone rouge au moment de l'entrevue. D'une part, presque tous ont connu des périodes dans la zone rouge à un moment ou un autre de leur vie et n'ont pas hésité à en parler. D'autre part, de nombreux indices permettent de croire que les hommes interviewés étaient à l'aise pour exprimer leurs sentiments (pleurs durant l'entrevue, commentaires de satisfaction reçus).

*La reproduction dans le « rouge » de la gradation noir-rouge-jaune-vert : l'environnement immédiat comme contexte d'interprétation*

Le cadre théorique des trajectoires de vie adopté dans cette recherche indique, entre autres, que les parcours de vie des personnes sont imbriqués dans les contextes physique, historique, social, culturel et politique. Ces contextes influencent et forgent les perceptions, les choix et les comportements des personnes qui à leur tour influencent les contextes (Kotari et Hulmes,

2004; Dewilde, 2003, Bernard et McDaniel, 2008; Malenfant et coll., 2004). Ainsi, il est évident que le contexte dans lequel se trouvaient les hommes au moment de leur entrevue et les contextes qu'ils ont connus dans leur passé ont influencé leurs perceptions de la pauvreté et leur positionnement sur l'outil. Des propos recueillis au cours de la préparation du terrain et lors des entrevues individuelles incitent à penser que plusieurs hommes ont évalué leur positionnement dans le « rouge, jaune, vert » en tenant compte principalement de leur environnement immédiat, c'est-à-dire l'univers du centre communautaire ou celui du quartier, plutôt que d'un environnement plus large comme la ville de Montréal ou l'ensemble du Québec. Se positionner à partir des normes du quartier, qui est un des plus pauvres de Montréal, plutôt qu'à partir de celles d'un environnement plus large, a pu avoir pour effet de limiter à un environnement déjà « rouge » le registre de comparaison utilisé par les participants pour évaluer leur situation. On pourrait s'évaluer « vert » dans un monde « rouge », tout en restant « rouge » dans un monde plus « vert », comme pourrait l'apercevoir quelqu'un d'extérieur dont le registre de référence serait différent. Plusieurs participants ont en effet fait référence aux personnes de leur entourage immédiat en se positionnant dans le graphique et ont précisé être dans une situation bien « *moins pire* » que d'autres, indiquant ainsi l'existence d'une pauvreté plus profonde autour d'eux.

Comment expliquer que les hommes interviewés semblent avoir pris comme point de référence l'univers du centre communautaire et du quartier? Les entretiens et observations issues du terrain permettent d'affirmer que le quotidien de plusieurs hommes se limite bien souvent aux frontières de cet univers. Certains ont ainsi raconté ne pas être sortis du quartier depuis plusieurs années, ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi ils semblent s'être positionnés par rapport à leur environnement immédiat plutôt qu'à un univers plus large.

#### *Le parcours de vie personnel comme contexte d'interprétation*

Il est en outre raisonnable de croire que le positionnement des hommes prend aussi son fondement dans la mémoire de leurs expériences de vie passées, d'autant plus que l'entrevue les invitait à partager les grandes lignes de leur histoire de vie avant de se positionner dans le présent. L'expérience de la misère pouvant atteindre des extrêmes insupportables, des expériences difficiles peuvent sembler plus supportables que ce qu'on a pu déjà vivre. Le

cadre théorique des parcours de vie stipule que le passé forge le présent et le futur (Bernard et Mc Daniel, 2008; Dewilde, 2003). Les individus bâtissent leur avenir sur « la base des contraintes et opportunités qui découlent de leur passé » (Bernard et Mc Daniel, 2008). Or la majorité des hommes rencontrés semblent avoir vécu des situations plus difficiles sur divers plans (économique, des conditions de vie, affectif, etc.) que celles présentes lors de la période de leur vie où s'est déroulée l'entrevue. Un seul homme a indiqué vivre le moment le plus pénible de sa vie et il se positionnait d'ailleurs dans la zone rouge. On peut penser que si les hommes n'avaient pas vécu de moments plus difficiles dans le passé, ils se seraient peut-être davantage placés dans le rouge au moment de l'entrevue que ce ne fut le cas. Notons enfin que le fait d'être à même de participer à une entrevue peut être relié à des conditions de vie plus favorables et a donc pu favoriser la sélection des individus moins enclins à situer leur présent dans le rouge.

### *L'adaptation à la précarité*

Le fait que les hommes ne se positionnent pas majoritairement dans la zone rouge pourrait être aussi relié à une évolution de leurs besoins et perceptions au fil du temps passé dans la pauvreté. La très grande majorité des hommes interviewés vivaient de l'aide sociale depuis plus de cinq ans et pouvaient donc être considérés comme inscrits dans une forme de pauvreté chronique. Certains propos portent à croire que leurs besoins et perceptions ont évolué avec le temps. Ils auraient été amenés par la persistance des obstacles rencontrés à revoir leurs désirs à la baisse comme l'indique le passage ci-dessous.

*« [...] Bon, besoins légitimes... On parle de quoi? On parle du loger, du manger, du vêtir d'une façon à ce que tu ne sois pas insécurisé... Là, ça peut aller loin... Dépendamment aussi de comment tu as été élevé... Dépendamment aussi de... Ben, je sais qu'aujourd'hui il m'en faut moins... j'ai appris à dealer avec mon insécurité... plus jeune ben, j'étais ben plus pété que je suis là, fait que j'avais recours à la criminalité régulièrement [...] »  
(P3)*

Comment ces mêmes hommes auraient-ils évalué leur situation actuelle s'ils avaient été rencontrés à un moment antérieur de leur vie, avant de vivre l'usure amenée par les cumuls chroniques de difficultés? Fusco (2007) évoque un phénomène d'adaptation mentale liée aux

situations de persistance de la pauvreté. Il explique que lorsque les personnes vivent dans des situations persistantes d'adversité ou de privation, elles peuvent modifier leurs comportements afin de s'adapter à la situation. Se référant à Sen (2000), il explique que ces personnes peuvent parfois finir par ne plus se plaindre de leur situation sociale et s'y résigner, ce que l'approche de la conscientisation nomme « l'intégration du modèle dominant » (Freire, 1974).

Bien que certains refusent leur statut social et s'en indignent, la plupart, comme nous l'avons vu dans la description de la zone jaune, déploient des stratégies pour survivre et se débrouiller avec le montant mensuel dont ils disposent, même s'il est objectivement insuffisant pour vivre en contexte montréalais. Cette forme d'adaptation les a peut-être portés à ne pas se percevoir comme étant dans le rouge au moment de l'entrevue.

#### *L'internalisation de l'oppression*

La majorité des hommes rencontrés n'ont que très peu eu l'occasion de discuter de leurs représentations de la pauvreté et de leurs expériences de vie. Certains ont même mentionné lors de l'entrevue que c'était la première fois qu'ils racontaient l'histoire de leur vie ou qu'ils prenaient le temps de réfléchir à leur rapport à la pauvreté. Les propos de plusieurs traduisaient une certaine internalisation des situations qu'ils subissent depuis longtemps, en portant un regard très dur et accusateur envers les autres personnes fréquentant le centre communautaire en les accusant de ne rien faire pour améliorer leur situation. Selon Nzira et Williams (2009), cela se produit lorsque des membres d'un groupe marginalisé ont une vision oppressive de celui-ci ou commencent à croire les stéréotypes négatifs qui les concernent.

#### *La perte d'espoir et la nécessité de faire du sens*

Une autre piste d'interprétation a trait à la manière dont les participants se sont projetés dans l'avenir. Une prémisse importante du cadre théorique des parcours de vie est que tout moment dans la trajectoire d'un individu doit être compris de façon dynamique, c'est-à-dire en fonction non seulement du passé, mais aussi des attentes futures : « C'est dans l'action et les

contraintes des situations que les acteurs construisent leurs projets de vie » (Malenfant et coll., 2004). Certains hommes ont clairement dit ne plus croire en une sortie de pauvreté économique parce qu'ils avaient des contraintes sévères à l'emploi ou un âge trop avancé pour intégrer le marché du travail, seule voie réelle de sortie de la pauvreté financière. D'autres ont exposé leurs désillusions face aux programmes gouvernementaux de réinsertion et aux opportunités réelles du marché de l'emploi. Il faut souligner que la majorité des hommes rencontrés ne sont pas, ou ne sont plus, en recherche active d'emploi. Dans ce contexte, on peut penser que certains aient évacué la dimension économique de leur situation pour tenter de faire du sens dans leur vie et maintenir de l'espoir pour envisager leur avenir, ce qui peut être une façon de se voir dans le jaune ou même le vert nonobstant une situation économique nettement « dans le rouge ». ATD Quart Monde notait à cet effet que les personnes qui connaissent la misère se forment une façon de vivre et de penser leur permettant de survivre dans les conditions qui sont les leurs (Groupe de recherche Quart Monde-Université, 1999).

*La dimension économique n'est pas la seule dimension pour évaluer une situation de pauvreté*

Si les hommes ne se situent pas majoritairement dans la zone rouge malgré une situation financière insuffisante, c'est que leurs représentations de la pauvreté ne se limitent pas à la dimension économique. La pauvreté serait aussi une situation de mal-être général résultant de diverses dimensions d'expériences de vie physiques, psychologiques, mentales, affectives et sociales. Ainsi, certains hommes se seraient positionnés dans les zones jaune ou verte en raison de l'amélioration non pas de leur situation globale, mais de certaines dimensions de leurs expériences de pauvreté au moment de l'entrevue. Cette hypothèse, qui a émergé lors des groupes de discussions, constitue selon nous la piste d'explication principale pour comprendre les représentations de la pauvreté. Tel que relevé dans un des groupes de discussion :

« Ouais ouais ben tu sais, tu peux être dans le vert moralement, mais rouge économiquement. Pis globalement tu te mets dans le jaune... Ça peut expliquer ce que t'as trouvé » (P1) [...] «

*Comme moi monétairement je suis dans le noir, physiquement, je me sens pas loin du vert, pis moralement ben, je suis entre le rouge pis le jaune » (P2) (GD2).*

Ainsi l’outil du noir, rouge, jaune vert serait un genre d’indice agrégé de mal-être/bien-être résultant de diverses dimensions d’expériences de vie. On peut penser que chacune de ces dimensions aurait pu donner un positionnement différent dans l’image du « rouge, jaune, vert ». Cet outil pourrait être donc comparé à un genre de baromètre du mal-être et bien-être, à la jonction de l’économique, du social et du personnel.

### **Pistes de recherche et d’intervention émergeant de notre recherche**

L’étude qualitative des représentations sociales de la pauvreté contribue à enrichir la compréhension du phénomène en permettant d’en identifier des dimensions importantes (Gondard-Delcroix, 2007). Le recours à l’outil nous a permis de cerner et de décrire plusieurs dimensions significatives de l’expérience de la pauvreté et de son absence aux yeux du groupe d’hommes interrogés. Dans la prochaine section, nous dégageons quelques constats ainsi que des pistes de recherche et d’interventions qui nous semblent intéressantes à poursuivre à la suite de cette identification.

#### *Pistes de recherche*

Nous avons vu que pour les hommes rencontrés, la pauvreté correspond à une situation de mal-être général associée non seulement à l’insuffisance financière, mais aussi à d’autres manques. Quoiqu’elle soit largement reconnue comme un phénomène multidimensionnel, on continue généralement de mesurer la pauvreté à l’aide d’indicateurs relevant de la seule approche économique, en l’absence de méthodes adéquates pour saisir les autres dimensions (Fusco, 2007). Notre étude plaide, à l’instar d’autres travaux, pour l’adoption d’un éventail d’indicateurs couvrant les multiples dimensions de l’expérience de la pauvreté (Fusco, 2007 ; CEPE, 2009).

Selon Fusco (2007), on retrouve deux grands courants dans les approches théoriques multidimensionnelles de la pauvreté. Le premier courant est issu des travaux de Townsend (1979) sur la déprivation relative et intègre des approches matérielles et sociales dans une perspective d'exclusion. La pauvreté y est perçue essentiellement en tant qu'exclusion des modes de vie standards et que privation de bien-être économique. Relevons la prédominance de la dimension matérielle de ce modèle. Le second courant est issu des travaux d'Amartya Sen (1987) et à son approche par les *capabilities*, qui sont considérées comme insuffisantes en cas de pauvreté perçue comme une privation de bien-être global.

Il est intéressant de constater que nos résultats font référence à certaines de ces dimensions. Nous y avons trouvé des indications de l'approche monétaire, selon laquelle la pauvreté est liée à une insuffisance de revenu et à une incapacité de consommer, ainsi que de l'approche des besoins essentiels qui définit la pauvreté comme un manque de satisfaction de besoins (alimentation, logement, etc.). Ces deux approches s'avèrent cependant insuffisantes à saisir toute l'expérience de pauvreté vécue par les hommes rencontrés, en particulier celle l'expérience du mal-être ou du bien-être. À cet effet, l'approche de Sen (v) semble pertinente. Toutefois, cette approche a tendance à centrer l'analyse sur l'individu plutôt que sur les dynamiques sociales à l'œuvre (Wagle 2002; Laderchi, Saith et al. 2003). Les histoires individuelles des hommes recueillies ici racontent des expériences communes de violence d'exploitation et d'exclusion, qui sont aussi l'œuvre de processus et d'acteurs sociaux à interroger à leur tour (Damon, 2008).

Au terme de cette exploration du potentiel d'un outil venu de l'action citoyenne, les résultats présentés ici nous semblent davantage des pistes de recherche à approfondir que des résultats définitifs. D'autres recherches ayant recours à des méthodes participatives seraient utiles. De même que l'outil du « rouge, jaune, vert », retravaillé notamment pour y ajouter le noir, pourrait être utilisé avec profit auprès de groupes marginalisés ou peu alphabétisés pour approfondir la compréhension de la pauvreté. L'exploration des représentations sociales des hommes dans le cadre de groupes de discussion plutôt qu'uniquement à partir d'entrevues individuelles est une autre piste intéressante. Un tel processus permettrait de passer de l'expérience personnelle à son partage collectif, ce qui permettrait sans doute de repérer plus



facilement ce qu'il y a de structurel derrière ce qui apparaît d'abord comme des manquements, des incapacités et des dysfonctions individuels. Il serait aussi souhaitable de poursuivre les explorations avec un plus grand éventail d'hommes en situation de pauvreté en allant dans d'autres lieux ou en recrutant des hommes vivant d'autres types de situations, par exemple des itinérants et des travailleurs pauvres.

### *Pistes d'intervention*

Tel que mentionné, la discussion des résultats détaillés portant sur le rôle des ressources sociosanitaires dans les processus qui conduisent les hommes à entrer et parfois sortir de situations de pauvreté, ainsi que les pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté, sont présentés ailleurs (Dupéré, 2011). Nous pouvons cependant dégager quelques paramètres pour l'intervention, à partir des représentations sociales présentées ici, notamment celles attribuées à la zone du « vert », symbole de sortie de la pauvreté. Nos résultats confirment l'importance de mettre en place une approche globale de lutte à la pauvreté qui intervient sur plusieurs plans. L'amélioration du revenu et des conditions de vie de ces hommes, qui sont incapables de subvenir pleinement à leurs besoins essentiels, s'avère nécessaire, au nom des droits humains et pour l'atteinte d'un bien-être global. Le développement de mesures favorisant l'accessibilité à un travail décent (en termes de salaire comme de conditions de travail) s'avère également incontournable et devrait faire partie de toute politique visant la sortie de la pauvreté. La mise en place de ces mesures, couramment revendiquée par divers groupes en termes de politiques gouvernementales, demeure urgente. Cependant, nos résultats renforcent l'idée qu'il est aussi nécessaire d'intervenir sur d'autres dimensions, et ce, particulièrement pour les personnes qui ne sont pas en mesure de satisfaire les exigences actuelles du marché de l'emploi. Il faudrait notamment explorer davantage et mettre en place des options socialement et économiquement viables, et valorisantes, pour favoriser certains processus, tels que l'appropriation du pouvoir d'agir, l'inclusion sociale ou la réalisation de soi. Finalement, nos résultats quant à la signification du vert pour les hommes montrent que les ressources communautaires, ainsi que les services sociaux et de santé, peuvent jouer un rôle essentiel pour aider à sortir de la pauvreté et à améliorer le bien-être. L'amélioration de ces ressources d'aide, qui faciliterait une meilleure prise en charge des problèmes sociaux et de santé, s'avère importante, tout autant que s'attaquer aux préjugés et aux pratiques discriminatoires. En bref, envisager la sortie de la pauvreté plus largement en

tant que bien-être, notamment à partir des indications fournies par les personnes en situation de pauvreté, pourrait sans doute permettre d'améliorer significativement la pertinence des interventions.

## **Conclusion**

Malgré ses limites, attribuables au mode de recrutement et à son échantillon, cette recherche a permis d'améliorer les connaissances sur l'expérience vécue par des hommes en situation d'extrême pauvreté. En donnant la parole à une population dont l'expérience n'a jusqu'à maintenant été que peu prise en compte, elle apporte des éléments nouveaux et raffine des éléments connus. Les hommes rencontrés, dont certains représentent les plus pauvres parmi les plus pauvres ont porté un regard inattendu sur leur propre situation. Ce regard rappelle que la vie affective, la vie sociale et la vie psychologique côtoient toujours la privation matérielle. Il s'agira maintenant de voir comment ces dimensions existentielles (être bien, être mal, être), non captées par les indicateurs usuels de la pauvreté, pourront être davantage considérées tant dans les pratiques de recherche et d'intervention que dans les décisions publiques.

## **Bibliographie**

BERNARD, Paul et Susan MCDANIEL.

2008 *The lifecourse as a Policy Lens: Challenges and Opportunities*, Ottawa, Human Resources and Social Development Canada.

BERTAUX, Daniel.

2005 *Le récit de vie: l'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin.

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE).

2009 *Prendre la mesure de la pauvreté: proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec, Avis au ministre*, Québec, Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale, Gouvernement du Québec.

CHAMBERS, Robert.

1997 *Whose Reality Counts? Putting the First Last*. London: Intermediate Technology Publications.

CHARMAZ, Kathy.

2006 *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*, London, SAGE Publications Ltd.

Collectif pour un Québec sans pauvreté.

2005 *Couvrir les besoins et sortir de la pauvreté au Québec: une démarche citoyenne*, Québec, Collectif pour un Québec sans pauvreté.

2006 *Le projet Avec (2006-2013). Proposition du Collectif pour un Québec sans pauvreté à la Fondation Lucie et Andrée Chagnon*. Québec: Collectif pour un Québec sans pauvreté ( Comité AVEC).

Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

2007 *Planification et orientations 2006-2009 : collectivement plus riches de moins de pauvreté, nous serons mieux*, Québec, Gouvernement du Québec.

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes.

2004 *Les hommes s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*, Québec,  
Gouvernement du Québec.

CONCIALDI, Pierre.

2003 «Deux sociétés de plus en plus riches face à leurs exclus». *Santé, Société et Solidarité*  
: revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité 1:5-15.

CONNEL, Robert.W.

1995 *Masculinities*, Berkeley, University of California Press.

DAMON, Julie.

2008 *L'exclusion, Que sais-je ?*, Paris, Presses universitaires de France.

DESLAURIERS, Jean-Pierre et Michèle KERISIT.

1997 «Le devis de recherche qualitative». Dans Jean POUPART, Jean-Pierre  
DESLAURIERS, Lionel-Henri GROULX, Anne LAPERRIÈRE, Robert MAYER,  
Alvaro P. PIRES (dirs), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et*  
*méthodologiques*, Boucherville, Gaetan Morin Éditeur ltée, 85-111.

DEWILDE, Caroline.

2003 «A life-course perspective on social exclusion and poverty», *The British Journal of*  
*Sociology*, 54 (1):109-128.

DULAC, Germain.

2001 *Aider les hommes...aussi*. Montréal, VLB. éditeur.

DUPERE, Sophie et Marie-Jeanne DISANT.

2005 *Réflexions sur les ancrages théoriques du concept de pauvreté*, Groupe de recherche sur les inégalités sociales de santé, Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

DUPÉRE, SOPHIE

2011 *Rouge, jaune, vert...et noir, expériences de pauvreté et rôles des ressources sociosanitaires : paroles d'hommes en situation de pauvreté à Montréal*, Québec, Thèse de doctorat en santé communautaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

FASSIN, Didier.

2004 *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*, *Alternatives sociales*, Paris, Éditions La découverte.

FREIRE, Paulo

1974 *Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspero.

FUSCO, Alessio.

2007 *La pauvreté: un concept multidimensionnel*, *Collection «L'esprit économique»*, Paris, L'Harmattan.

GONDARD-DELCROIX, Claire.

2007. Les représentations de la pauvreté : quels échos aux indicateurs internationaux ? Une étude qualitative sur les Hautes terres de Madagascar. *Monde en développement* 1 (137):51-66.

Groupe de recherche Quart Monde-Université.

1999 *Le Croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et l'Université pensent ensemble*, Paris, Éditions Quart Monde.

KILMARTIN, Christopher

2007 *The Masculine Self*, New York, Sloan Publishing.

KOTARI, Uma et David HULME.

2004 *Narratives, stories and tales: understanding poverty dynamics through lihe histories*. *GPRG-WPS-011*, Manchester, UK, Global Poverty Research Group, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester.

LADERCHI, Caterina Ruggeri, Ruhi SAITH, et France STEWART.

2003 «Does it matter that we don't agree on the definition of poverty? A comparison of four approaches», *QEH Working Paper Series - QEHWPS107*, Oxford, UK, Queen Elizabeth House, University of Oxford.

MALENFANT, Romaine, Maurice LÉVESQUE, Mylène. JETTÉ, AND Deena WHITE.

2004 *Étude de trajectoires liées à la pauvreté*, Québec, Québec, Recherches sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail ( *RIPOST*).

MAXWELL, Simon.

1999 «The Meaning and Measurement of Poverty», *Overseas Development Institute (ODI) Policy briefing, 3: 1-4.*

NARAYAN, Deepa, Raj PATEL, Kai SCHAFFT, Anne RADEMACHER et Sarah KOCH-SCHULTE

2000 *Voices of the poor. Can anyone hear us ?*, New York, Oxford University Press for the World Bank.

NZIRA, Viola et Paul WILLIAMS.

2009 *Anti-Oppressive practice in health and social care*, London: Sage.

OSMANI, Siddiquir Rahman.

2003 «Evolving views on poverty: concept, assessment and strategy», *Poverty and social development papers no 7*, Asian Development Bank:33.

PAILLÉ, Pierre

1994 «L'analyse par théorisation ancrée», *Cahiers de recherche sociologique*, 23:147-181.

PIRES, Avaro P.

1997 «Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique», Dans Jean POUPART, Jean-Pierre DESLAURIERS, Lionel-Henri GROULX, Anne LAPERRIÈRE, Robert MAYER, Alvaro P. PIRES (dirs), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaetan Morin Éditeur ltée, 113-169.

POUPART, Jean

1997 «L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Jean POUPART, Jean-Pierre DESLAURIERS, Lionel-Henri GROULX, Anne LAPERRIÈRE, Robert MAYER, Alvaro P. PIRES (dirs), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaetan Morin Éditeur ltée, 173-209.

REID, C.

2004 *The wounds of exclusion: Poverty, women's health, and social justice*. Edmonton AB: Qualitative Institute Press.

RUXTON, Susan.

2002 *Men: masculinities and poverty in the UK*, Oxford, UK, Oxfam GB.

SEN, AMARTYA

1987 *The Standard of Living*, Cambridge, Cambridge University Press.

SEN, AMARTYA

2000 *Repenser l'inégalité*, Paris, Editions du Seuil

STRIER, R.

2005 «Gendered realities of poverty: Men and women's views of poverty in Jerusalem». *Social Service Review* 79 (2):344-367.

TOWNSEND, PETER

1979 *Poverty in the United Kingdom a survey of household resources and standards of living*, Harmondsworth, Penguin Books.



TREMBLAY, Gilles et Pierre L'HEUREUX.

2005 «Psychosocial Intervention with men». *International Journal of Men's health* 4 (1):55-72.

WAGLE, Udaya.

2002 «Rethinking poverty: definition and measurement». *Open Forum. UNESCO*:155-165.

### **Notes de bas de page**

i : Nous tenons à remercier chaleureusement les hommes qui ont participé avec grande générosité à ce projet et nous espérons que leurs paroles pourront trouver écho. Nous souhaitons aussi remercier le centre communautaire et ses intervenants, ainsi que les membres du comité-conseil, qui ont participé à cette démarche de recherche en investissant du temps et en partageant idées et expériences. Nous remercions également Vivian Labrie pour son soutien constant au cours du projet et pour ses précieux commentaires sur cet article. Finalement, nous remercions le Fonds de la recherche en santé du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon pour leur soutien financier au programme doctoral de la première auteure de cet article.

ii : Ce comité était composé de la coordinatrice du centre communautaire et de deux intervenants extérieurs à cet organisme reconnus pour leur expérience significative avec les personnes en situation de pauvreté dans le quartier. Ce comité a été mis sur pied suite à la suggestion de la coordinatrice du centre et a été consulté à quelques reprises au cours du projet.

iii : Il s'agit du projet de doctorat de l'auteure principale.

iv : La méthode des *croisements de savoirs* consiste à mettre en dialogue des types d'acteurs différents pour produire une connaissance plus affinée et a été développée et utilisée dans le domaine de la lutte à la pauvreté (Groupe de recherche Quart Monde-Université 1999). Les *carrefours de savoirs* sont une forme de croisement de savoirs de longue durée qui a été développée au Québec par le Carrefour de pastorale en monde ouvrier (CAPMO) et qui a été reprise ensuite par le *Collectif pour un Québec sans pauvreté* (Projet AVEC, 2006).

v : La présentation des résultats réfèrera donc à ces 21 plutôt qu'aux 22 interviewés au total.

vi : Cette approche propose d'élargir l'évaluation du bien-être à d'autres dimensions que celle économique pour inclure des dimensions psychologiques et sociales garantissant à l'individu la possibilité d'une participation active au sein de la société dans laquelle il vit. Sen accorde une importance non seulement aux fonctionnements matériels (comme être bien nourri ou bien logé), qui constituent des fonctionnements élémentaires pour un niveau de vie de base, mais aussi aux fonctionnements non matériels (psychologiques et social comme avoir de l'estime de soi, se divertir, être proche de ceux que l'on apprécie, prendre part à la vie de la communauté), tous des éléments que les hommes ont fait ressortir comme étant cruciaux. Comme Sen, nous avons trouvé que le revenu et la dimension économique sont une dimension importante, mais insuffisante de l'évaluation du mal-être/bien-être.

## Chapitre 4 : Les dimensions de l'expérience de la pauvreté

Ce chapitre présente des résultats complémentaires au chapitre précédent, en lien avec notre premier objectif de recherche, soit de mieux comprendre les expériences et représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté. Dans l'article du chapitre précédent, nous avons exposé et discuté les représentations de la pauvreté et de la sortie de la pauvreté des hommes. Nous avons également discuté le constat inattendu et paradoxal voulant que les hommes interviewés, même s'ils indiquaient vivre une situation de pauvreté, un des critères d'inclusion dans la recherche, ne s'étaient pas, au moment de l'entrevue, positionnés dans la zone rouge de notre outil de collecte de données, pourtant désignée comme étant la zone de pauvreté. Dans le présent chapitre, nous allons plus loin dans l'analyse de l'expérience de la pauvreté telle que perçue par les hommes pour en dégager les principales dimensions.

Nous avons organisé les propos des participants dans un cadre conceptuel comprenant six dimensions analytiques. Ce cadre découle de notre compréhension des paroles des hommes sur la pauvreté. Les catégories et sous-catégories que nous avons construites à travers l'analyse qualitative des entrevues ont été constamment mises à l'épreuve de la discussion avec des collègues et avec nos directeurs de recherche et confrontées aux transcriptions d'entrevues dans un va-et-vient incessant<sup>23</sup>. Cette façon de faire témoigne de notre adhésion à la tradition épistémologique de la recherche interprétative, où la chercheuse joue un rôle actif dans le processus de construction des connaissances. Le cadre conceptuel et les schémas ont été conçus dans le but de donner une vision synthétique des propos des hommes sur ce que signifie pour eux la pauvreté et sur les liens qu'ils établissent entre pauvreté et santé.

Ce cadre et les schémas analytiques ont été présentés et examinés lors de nos groupes de discussion avec onze hommes en situation de pauvreté, dont six avaient participé aux

---

<sup>23</sup> L'analyse présentée est principalement issue de la question posée d'entrée de jeu aux hommes lors des entrevues individuelles : *Pourrais-tu m'expliquer c'est quoi, pour toi, la pauvreté?*

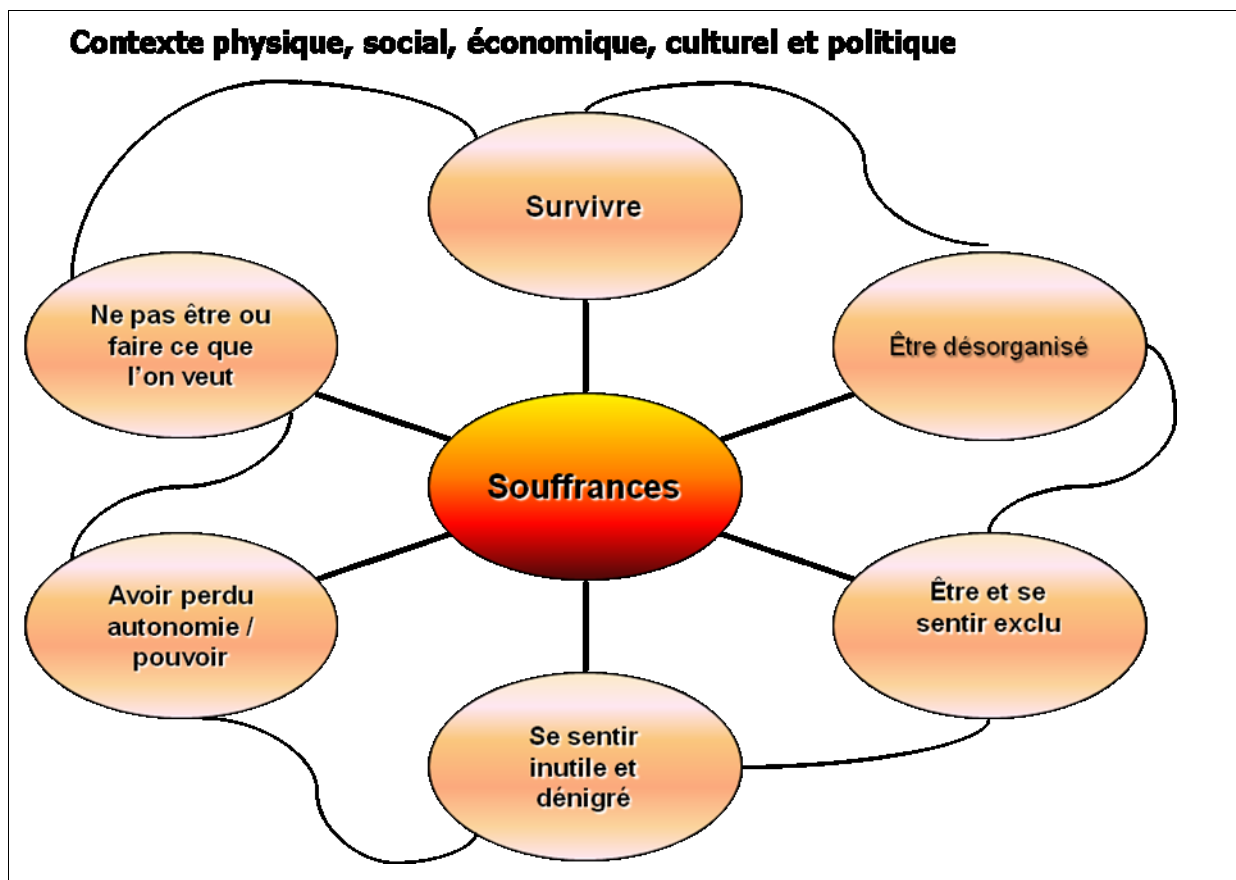
entrevues individuelles de la première phase du projet. L'accueil de ces résultats fut enthousiaste, tant chez ceux qui avaient participé à la première phase, qui y retrouvaient leurs propos, que chez les « nouveaux participants », qui y retrouvaient bien leurs expériences et conceptions. Les participants ont trouvé que ces schémas résumaient bien l'essence de ce qu'était pour eux la pauvreté et ont bonifié par leurs propos certains des schémas analytiques originaux.

#### **4.1 La souffrance comme thème central**

La position centrale de la souffrance dans l'expérience de la pauvreté ressort fortement des propos des hommes rencontrés. Cette souffrance est à la fois physique, on la ressent dans son corps, psychique, elle envahit l'esprit, ainsi que sociale, elle affecte les liens qui nous unissent au monde et à autrui. Cette souffrance, reliée à plusieurs dimensions du vécu de la pauvreté, semble prendre sa source à la fois à l'intérieur de soi ainsi que dans les contextes physiques, sociaux, économiques et politiques des expériences de vie passées et actuelles.

À partir de nos analyses, nous avons identifié cinq dimensions principales interdépendantes : 1 — Survivre; 2— Être désorganisé; 3— Être et se sentir exclu; 4— Ne pas être ou faire ce que l'on veut; 5— Avoir perdu son autonomie et son pouvoir. Une sixième dimension a émergé à la suite des groupes de discussion : 6 — Se sentir inutile et dénigré. Cette dimension était incluse à l'origine dans « Être et se sentir exclu », mais plusieurs hommes ont fait ressortir qu'elle représentait une facette de la pauvreté distincte de l'exclusion. Les dimensions du cadre sont interdépendantes, non exclusives, et s'influencent mutuellement de façon dynamique. La figure ci-dessous illustre le cadre général et les six dimensions conceptuelles qui sont ressorties de notre analyse.

Figure 3- Les dimensions tirées de l'expérience de la pauvreté vécue par les hommes



Dans les prochaines sous-sections, nous exposons le contenu de chacune de ces dimensions de l'expérience de la pauvreté telle que racontée par les hommes rencontrés.

## 4.2 Les dimensions de l'expérience de la pauvreté

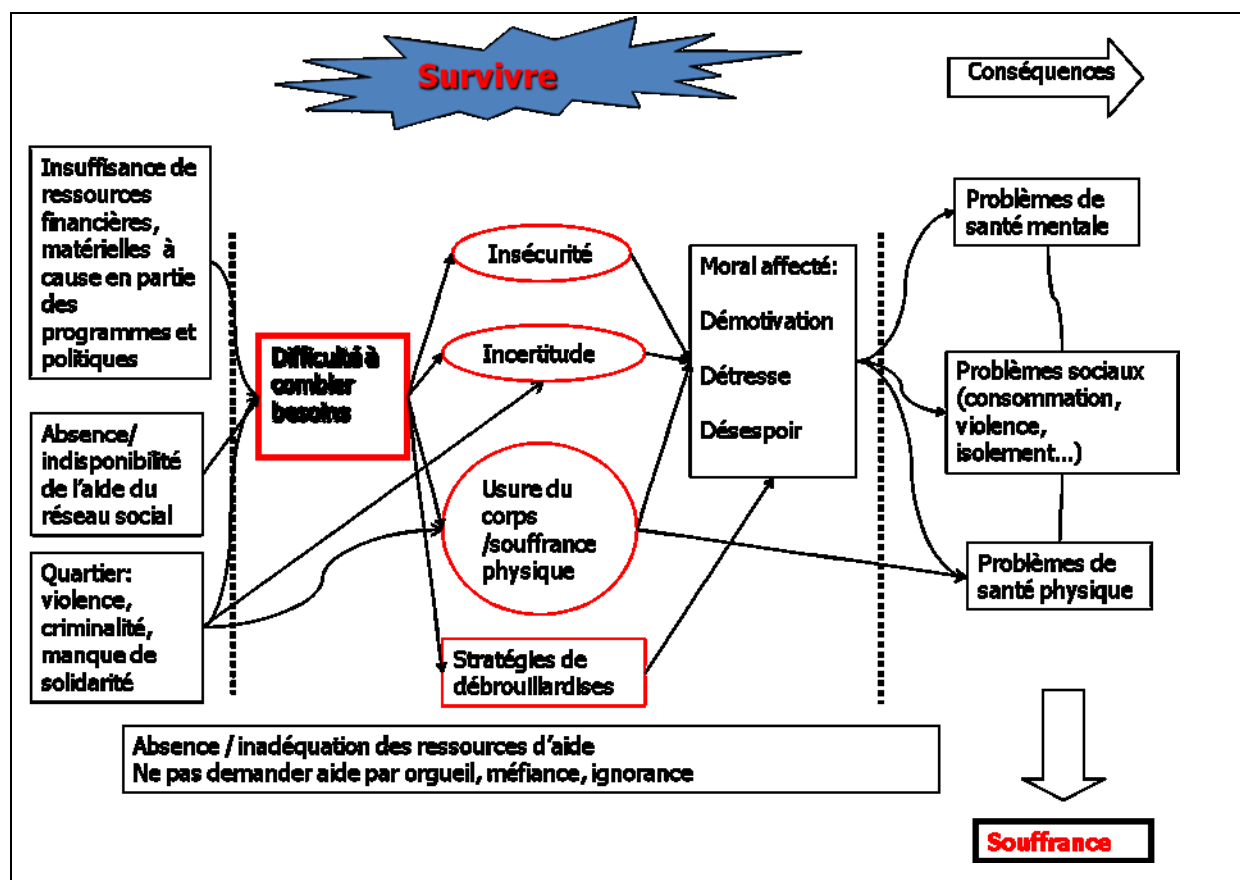
### 4.2.1 Première dimension : survivre

Pour la très grande majorité des hommes, la pauvreté consiste à être plongé dans un état constant de survie où combler ses besoins de base<sup>24</sup> est impossible pour plusieurs raisons.

<sup>24</sup> Ce qui est considéré comme étant un besoin de base varie selon les hommes, mais tous ont parlé minimalement de se loger, se nourrir et se vêtir. Plusieurs ont ajouté se soigner et d'autres encore ont mentionné des besoins nécessaires à la recherche d'emploi, tels que les transports ou les télécommunications (téléphone, ordinateur et accès à l'Internet). Quelques-uns ont identifié les loisirs de même que l'implication sociale ou

*« La pauvreté c'est en arracher... Pis en arracher, c'est que, ben tu tombes, d'après moi tu tombes dans un, ben premièrement c'est un cercle vicieux ça hein! Tu tombes dans un [réfléchit], dans un, dans un mode de vie là... Que ben écoute là... Tu ne vis pas, tu survis! Tu sais. C'est vrai, tu vis pus, tu survis! Comme un naufragé » (P12)*

Comme l'illustre la figure 4, la difficulté à combler ses besoins provoque de l'insécurité, de l'incertitude, une usure du corps et amène les hommes à déployer toutes sortes de stratégies de débrouillardise pour survivre. Ceci affecte grandement le moral et alimente toutes sortes de problèmes sociaux et de santé. Nous décrivons brièvement ces différents éléments dans les paragraphes qui suivent.

Figure 4- Survivre<sup>25</sup>

#### 4.2.1.1 Les raisons données pour expliquer les difficultés à combler ses besoins de base

Plusieurs causes, tant individuelles que structurelles, ont été évoquées par les hommes rencontrés pour expliquer leurs difficultés à combler leurs besoins essentiels. D'emblée, les hommes ont déploré la situation financière pitoyable dans laquelle ils sont plongés. Certains ont mis en cause les programmes et politiques d'aide de dernier recours et ont expliqué que les prestations, qui n'ont pas été indexées à l'augmentation réelle du coût de la vie, sont largement insuffisantes pour combler les besoins de base. Ainsi, les hommes sont confinés à survivre, à se maintenir en vie plutôt qu'à vivre.

<sup>25</sup> La variation des types de flèches dans les tableaux est aléatoire et n'a aucune signification particulière.

« Parce qu'on sait que ce qu'on reçoit de l'aide sociale maintenant, c'est trop serré. C'est trop serré [silence]... On ne vit pas, on survit, c'est un fait. » (P18)

En plus du manque de ressources monétaires, certains hommes ont évoqué le manque de ressources matérielles, par exemple, le manque de logements salubres, sécuritaires et financièrement abordables. Plusieurs ont également fait allusion à la faiblesse de leur réseau social (famille, amis, voisins, anciens collègues de travail, etc.). Ils ont déploré que personne dans leur entourage immédiat ou élargi ne puisse leur venir en aide sur les plans financier et matériel, soit parce que ces personnes vivent elles-mêmes dans une situation précaire ou encore parce que leurs liens avec elles se sont détériorés ou n'ont tout simplement jamais existé. Quelques-uns ont mentionné avoir demandé de l'aide au sein de leur réseau social pour combler leurs besoins de base, comme de l'hébergement temporaire ou pour emprunter de l'argent et du matériel. Ces demandes ont engendré un grand stress chez eux et ont occasionné, dans quelques cas, un « *épuiement* » ou une rupture totale du lien.

L'absence et l'inadéquation des ressources sociosanitaires institutionnelles et communautaires ont également été mises en cause. Toutefois, il est intéressant de noter que certains hommes ont évoqué que même si des ressources existent, ils sont souvent réticents à y avoir recours<sup>26</sup>, et ce, pour trois types de raisons. D'abord, par orgueil, qualifié par certains d'orgueil de « *mâle* »; un homme est censé se débrouiller seul, ne pas pleurer ni être faible. Ils ne veulent pas passer pour des « *quêteux* ». Ensuite, par méfiance envers les ressources ou par désillusion quant à la possibilité réelle de celles-ci de les aider, ces croyances étant souvent alimentées par des expériences négatives vécues dans leur passé ou celui de leurs proches. Finalement, tout simplement par ignorance, ne sachant pas que la ressource existe ou encore comment en profiter.

Cette insuffisance ou inadéquation de ressources financières, matérielles et sociales, tant dans leur réseau social naturel que dans leur réseau d'aide formel, fait en sorte que les hommes

---

<sup>26</sup> Cette dimension est approfondie dans le chapitre 5 de la thèse.



sont incapables de subvenir non seulement à leurs besoins, mais aussi, souvent, aux besoins de leurs proches.

#### **4.2.1.2. La difficulté à combler ses besoins provoque de l'insécurité et de l'incertitude qui affectent le moral**

Les états et sentiments d'insécurité, d'inquiétude et d'incertitude que plusieurs vivent, en partie à cause de leur incapacité ou de leur difficulté à subvenir à leurs besoins ou à ceux des leurs, ressortent avec force dans la définition de la pauvreté des hommes. Ces états sont accompagnés d'anxiété et de peurs : des hommes rapportent n'avoir jamais « *la conscience tranquille* », devoir constamment se « *casser la tête* » pour survivre.

Cette incertitude est vécue dans le présent ou projetée dans un futur très immédiat : vais-je arriver à passer la journée? La fin de la semaine? Vais-je arriver à la fin du mois? C'est aussi de l'incertitude vécue relativement à l'avenir. Certains expliquent qu'ils craignent toujours qu'un problème ne survienne et ne les déstabilise. Plusieurs craignent de perdre leur logement, un logement social ou une chambre à bon marché, et d'ainsi voir leur situation financière basculer. D'autres ont peur de perdre la santé et de ne pas pouvoir travailler dans des *jobines* pour arrondir leurs fins de mois ou de voir leur chance d'obtenir un emploi « formel » diminuée. Enfin, des hommes ont confié redouter la vieillesse : ils ne peuvent mettre de l'argent de côté et craignent qu'avec un affaiblissement de leur santé, ils soient incapables de survivre.

Être constamment dans un mode de survie affecte grandement le moral. Le découragement, la démotivation et l'épuisement, tant physique que moral, font que des hommes finissent par perdre tout espoir. Ils s'évadent alors dans la consommation de drogue et d'alcool pour tenter de composer avec cette détresse :

*« La pauvreté, c'est ne pas pouvoir subvenir à tes besoins, le manque de finances, l'inquiétude, l'insécurité...[silence]. Pis tout cela, ça amène toujours une pression. Pis,*

*dépendamment de comment tu es et que tu réagis, ça amène de la criminalité, de l'alcoolisme, de la toxicomanie. Donc, c'est un déséquilibre [long silence]» (P3)*

Parfois, ces sentiments peuvent être tellement intenses et envahissants que certains pourront « *péter leur coche* » ou « *aller même jusqu'au suicide* ».

#### **4.2.1.3. Une souffrance physique qui affecte le moral et la santé physique**

« *Tu as faim* », « *tu manges mal* », « *tu as froid* », « *tu ne dors pas* », « *tu dors mal* », « *t'as mal* » : ces manques physiques peuvent, à la longue, affecter la santé, tant sur le plan physique que mental. Certains hommes expliquent que la difficulté à bien se nourrir entraîne une baisse de leurs capacités physiques et mentales et diminue leur résistance aux maladies. D'autres, incapables de trouver un logement abordable et sécuritaire, vivent dans la rue, dans des maisons de chambres ou en colocation avec des étrangers. Ils ont raconté comment le manque d'intimité, le bruit, la saleté, l'insécurité et la violence affectent leur santé physique et mentale. Ces conditions de vie usent le corps et l'esprit.

« La pauvreté te magane physiquement pis moralement. On devient poqué, on a le dos rond. »  
(P11)

#### **4.2.1.4. Les nécessaires, mais épuisantes stratégies de débrouillardise qui usent à la longue**

Pour arriver à survivre et combler leurs besoins essentiels, plusieurs hommes expliquent avoir dû trouver et déployer de multiples stratégies de débrouillardise qui épuisent et usent à la longue, telles que courir les aubaines dans les bazars et les supermarchés, se mettre en colocation, faire affaire avec des *shylocks* (prêteurs à taux usuraires) et mettre en gage des biens matériels, ou utiliser des ressources communautaires comme des soupes populaires et des comptoirs vestimentaires. Plusieurs expliquent devoir effectuer de petits travaux occasionnels pour survivre, souvent dans des conditions difficiles, comme ramasser des bouteilles, participer à des essais cliniques de compagnies pharmaceutiques ou faire des

petites *jobines*, allant de la distribution de dépliants publicitaires à des déménagements. Certains hommes se sont dits contraints à commettre des délits. Finalement, d'autres ont fait référence au travail bénévole qui offre certains avantages, comme un repas gratuit, un billet d'autobus ou des vêtements.

*« Pis la survie d'une personne, comme dans mon cas à moi, c'est qu'à toutes les semaines, au moins deux fois par semaine, je fais le tour des bacs verts pour essayer de récupérer un peu d'argent. Parce que moi, j'appelle ça survivre. Parce que c'est pas avec un petit chèque de 575 \$ par mois que m'a vivre. Fait que c'est ça. C'est ça la pauvreté pour moi. » (P20)*

#### **4.2.2 Seconde dimension : être désorganisé**

Pour plusieurs hommes, la pauvreté signifie être pris dans un état *dysfonctionnel*<sup>27</sup> :

*« Fait que la pauvreté, elle vient souvent là, là des problèmes psychiatriques, des problèmes personnels, les gens sont fatigués, sont malades, ils décrochent [...] ils fonctionnent pus. » (P10)*

*« T'es pris dans un gouffre, pis tu fonctionnes pus. » (GD4)*

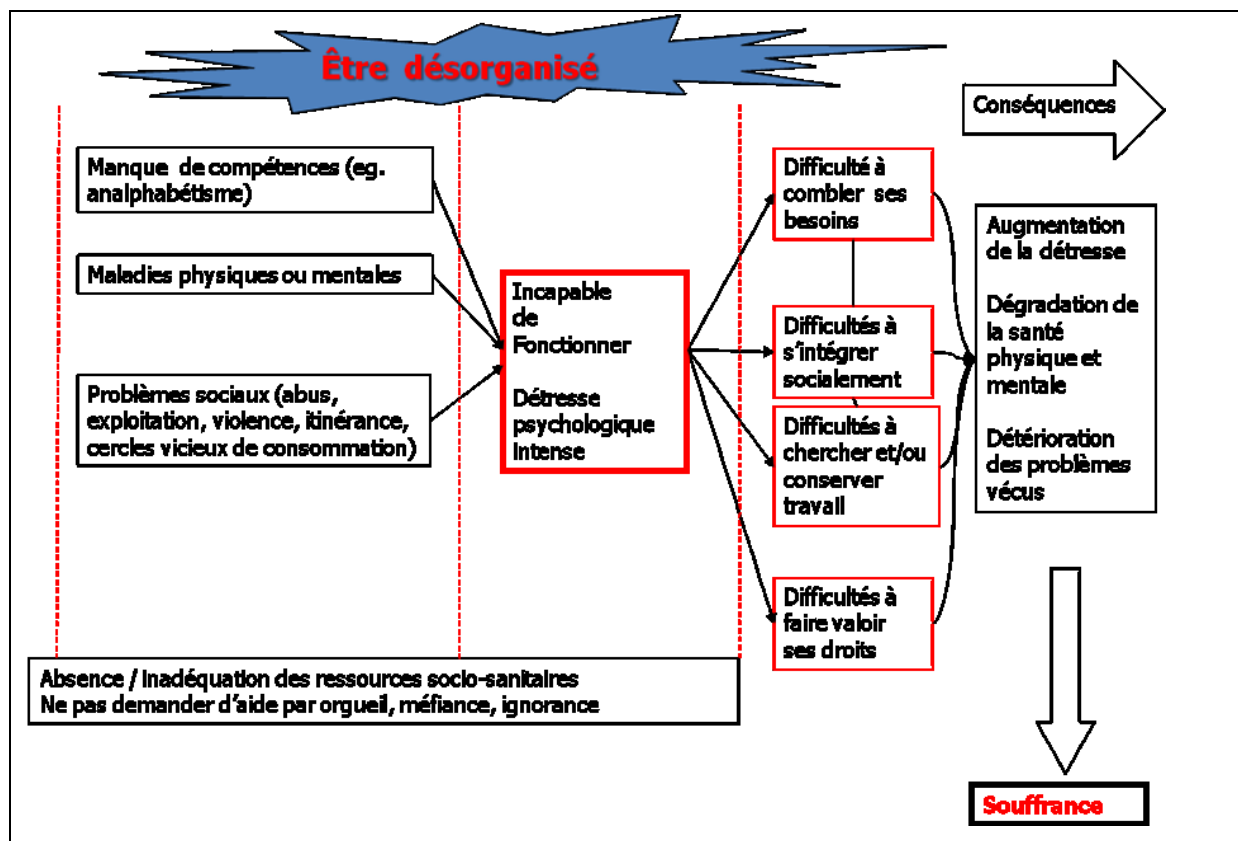
Pour plusieurs hommes, la pauvreté fait écho à des épisodes de vie où ils étaient plongés dans un état de désorganisation et de crise. Cet état leur occasionnait une souffrance intense, avant tout psychique, mais aussi physique. Comme l'illustre la figure 5, les hommes ont fait ressortir des difficultés à fonctionner principalement sur quatre plans : 1 — Difficultés à mobiliser des ressources pour combler ses besoins essentiels; 2— Difficultés à entretenir des relations avec autrui, participer à des activités sociales, culturelles et politiques et à s'intégrer

---

<sup>27</sup> Les expressions « dysfonctionnels » et « ne pas fonctionner » ont été évoquées par neuf hommes en entrevues individuelles et ont été validées par la suite comme de bons termes pour désigner cette dimension par les hommes qui ont participé aux groupes de discussion.

socialement; 3— Difficultés à chercher ou à conserver un travail; 4— Difficultés à faire valoir ses droits.

Figure 5- Être désorganisé



#### 4.2.2.1. Les raisons évoquées pour expliquer cet état de désorganisation et ces difficultés à fonctionner

Quelques hommes ont expliqué leur état dysfonctionnel par des lacunes sur le plan de leurs compétences acquises (connaissances, habiletés, etc.).

« Comme ma mère m'a toujours dit : "Donne-toi un coup de pied dans le cul pis ça va aller mieux, tu sais". Ben, y en a qui sont pas capables, tu sais, ils ont pas d'instruction, ils savent pas lire, ils sont faibles... Ils essaient d'aller chercher des ressources qui sont... T'es un ignorant, t'es un illettré, t'as pas d'éducation, tu peux pas travailler, fait que là, tu deviens à l'aide sociale, pis il crève comme ça avec son petit salaire de crève-faim. » (P16)

Pour plusieurs, ces lacunes découlent directement de leur histoire de vie et de difficultés vécues dans leur milieu familial (négligence, violence physique, sévices sexuels, etc.), leur milieu scolaire (difficultés d'adaptation, exclusion, violence, etc.) ou leur milieu de travail (exploitation, échecs répétitifs, etc.). Par exemple, trois hommes ont évoqué leur analphabétisme comme étant une forme de pauvreté, car il représentait pour eux un handicap à bien « fonctionner » dans la société québécoise. Ils ont fait ressortir les difficultés à s'insérer dans le marché du travail, mais aussi à s'intégrer à la vie sociale, culturelle et politique. Ces trois hommes ont rapporté des situations d'exploitation liées à leur analphabétisme comme en témoignent ces propos :

*« Mon chef d'équipe, il m'a profité, trop. Comme ils ont trouvé que je suis analphabète, je suis quelqu'un qui connaît pas écrire, mais je parle la langue bien, je parle la langue française, mais c'est juste à écrire. Comme je ne connais pas ça, le monsieur il m'a profité. C'est ces problèmes-là qui a fait que moi je suis rentré dans la pauvreté. » (P7)*

Les maladies mentales sévères, particulièrement lorsqu'elles sont mal soignées ou, pire encore, lorsqu'elles ne sont pas du tout prises en charge par le système de santé, sont probablement les cas les plus évidents et visibles de cet état dysfonctionnel. Quelques hommes ont évoqué des épisodes « de problèmes psychiatriques intenses » où ils étaient laissés à eux-mêmes. Ils ont expliqué que lors de ces épisodes pénibles, ils souffraient terriblement sur le plan psychique et étaient incapables de fonctionner, de combler leurs besoins essentiels ou tout simplement d'interagir avec autrui.

Plusieurs hommes ont parlé de problèmes personnels qui, sans être des maladies mentales graves au sens strict et n'occasionnant pas de délires, d'hallucinations ou de décompensations, entraînaient des problèmes de santé mentale (déprime, obsessions, dépendance affective, irritabilité, peurs irrationnelles, phobies, insomnie, etc.) et des problèmes de socialisation (méfiance, difficultés relationnelles amicales, amoureuses, professionnelles, etc.). Ces troubles empêchent de fonctionner normalement et font que la personne n'arrive pas à s'intégrer au marché du travail et dans la société en général. Certains hommes ont expliqué

que ce sont souvent des souffrances « invisibles » ou « non reconnues » par le système, qui proviennent de leur histoire de vie. Notons qu'une très grande majorité d'hommes ont fait référence, pour expliquer les causes profondes de leurs problèmes, à des situations de sévices, psychologiques ou sexuels ou encore à de la négligence ou de l'abandon dans leur milieu familial pendant l'enfance.

Ainsi parle un homme, en référence aux sévices sexuels qu'il a subis pendant plusieurs années de la part d'un membre de sa famille : « *Tu sais, c'est comme s'il me manquait un bras ou de quoi sauf que personne le voit, là. Tu sais, t'es dysfonctionnel autant que s'il te manquait un bras, là, mais la différence, c'est que personne le voit, pis tu ne recevras pas d'aide pour ça. Tu sais, c'est ça aussi la pauvreté.* » (GD3)

Plusieurs hommes ont également évoqué des épisodes de détresse psychologique tel ce participant évoquant son état lorsqu'il vivait une grave crise d'identité :

« *Pis quand j'ai su que j'avais fait une crise d'identité, mais quand tu vis une crise d'identité, on parle de la pauvreté, mais tu vis des problèmes personnels intenses. T'es obligé de... tu fonctionnes pas! Pis qui qui te fait vivre? C'est l'État. Toi, tu t'isoles, t'as des médicaments. Ça coûte cher à l'État, mais c'est une réalité de la pauvreté, là.* » (P10)

D'autres ont décrit avoir été plongés dans un état dysfonctionnel lorsqu'ils ont été pris dans les cercles vicieux de la consommation, de la violence, de la dépendance affective ou des jeux de hasard. Ils expliquent s'être réfugiés dans ces comportements pour tenter de composer avec la souffrance ressentie lors d'expériences de violence, de discrimination ou d'exploitation.

Finalement, les hommes ont mentionné l'absence d'aide provenant de leur réseau ainsi que l'absence ou l'inadéquation des ressources sociosanitaires comme des facteurs explicatifs

importants de leur état dysfonctionnel. Ils ont également souligné le phénomène du non-recours aux ressources d'aide.

#### **4.2.2.2 Un état désorganisé qui s'aggrave, une augmentation de la détresse, une dégradation de la santé, et une détérioration des problèmes vécus**

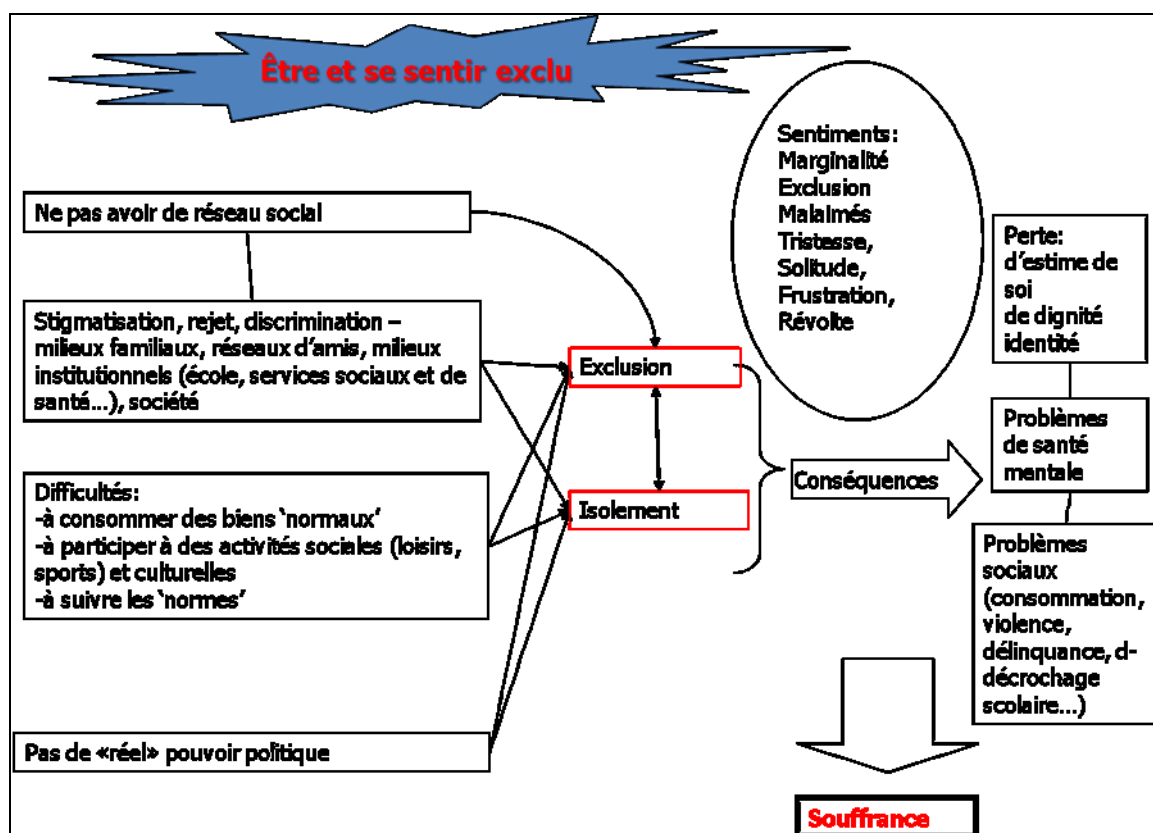
Les hommes rencontrés ont expliqué que sans l'aide de leurs proches et des ressources d'aide, leur santé et leurs problèmes se détériorent de façon drastique et ils sont alors plongés dans le désespoir profond, où on ne voit « *rien au bout du tunnel* » et « *on voit noir* ». Des moments où « *on veut mourir* », « *on veut décrocher* » ou « *on veut tout laisser tomber* ». Voici les propos échangés entre trois hommes lors d'un groupe de discussion :

*« Quand t'es arrivé à ce point-là, tu peux dire que tu es dans la déchéance, tu te crisses de tout. » (P1). « Imagine un noyé dans l'eau. Tu sais, quelqu'un qui est en train de se noyer, ben, ça doit être de même... Je m'imagine, là, que c'est la même chose que tu vis, là. Placé comme ça, tu cherches une perche [il mime avec ses mains]. Ben, il y en a pas de perche! » (P2) « Tu deviens à moment donné où tu n'as pas de force pour te débattre. Fait que tu te dis m'a me laisser aller... Pis m'a me laisser aller par le courant, pis il m'amènera où ce qu'il m'amènera. » (P3) (GD1)*

#### **4.2.3 Troisième dimension : être et se sentir exclu**

Pour de nombreux hommes, la pauvreté signifie être dans une situation d'exclusion, c'est-à-dire « *être en dehors de la track* » ou « *ne pas être dans un beat normal* », vivre des sentiments d'abandon où « *tu te sens mal aimé* », « *tu te sens comme un chien abandonné* », et subir du rejet (« *se sentir à part* », être « *mis de côté* »). C'est aussi être et se sentir isolé, « *se sentir seul au monde* », ne pas avoir de liens avec sa famille et ne pas avoir d'amis. Pour les hommes rencontrés, l'isolement et l'exclusion sont intimement liés et s'influencent mutuellement. Par exemple, les hommes expliquent s'isoler davantage en réaction aux expériences d'exclusion. Les principales dimensions et explications qu'ils ont données en regard de cette exclusion sont présentées dans la figure 6 et détaillées ci-après.

Figure 6- Être et se sentir exclu



#### 4.2.3.1. Des expériences de stigmatisation, de rejet et de discrimination qui mènent à l'exclusion et à l'isolement

Les hommes rencontrés ont expliqué que le simple fait d'être bénéficiaire de l'aide sociale et de ne pas être inséré dans le marché formel de l'emploi (« avoir une vraie job ») véhicule une connotation négative dans la société québécoise et peut déclencher des regards méprisants et du rejet de la part de leur entourage proche (la famille et les amis), mais également de leur réseau social élargi (leur quartier, leur milieu scolaire, le milieu de la santé, etc.).

Les hommes ont raconté des histoires douloureuses de stigmatisation et de rejet. Ils expliquent avoir été la cible de commentaires désobligeants ou encore décrivent s'être fait rejeter non seulement en raison de leur statut de « BS », mais également de leur étiquette de « junky », de « psychiatrisé » ou de leur orientation sexuelle. Voici quelques passages qui illustrent ces éléments :



*« Côté de mon père, j'existe pus. Surtout que pour le côté de mon père, c'est toutes des personnes qui sont très bien placées, assez aisées et tout, elles ont tout. Pis de voir que [son nom] non seulement il est gai, mais en plus il a pas trouvé un emploi, j'ai cessé d'exister [pleurs]. » (P 21)*

*« Quand j'ai fait ma psychose, mes chums ils m'ont laissé aller là, ils voyaient que j'étais pus sur la même planète qu'eux autres, là [...]. Ils m'ont laissé tomber. Tu vois que ce n'est pas des chums, en réalité ce n'était pas des vrais chums, là. » (P17)*

Les hommes ont également rapporté des histoires de stigmatisation et de discrimination en lien avec leur statut social dans leurs rapports avec différentes institutions (école, services sociaux et de santé, etc.). Ces expériences génèrent une panoplie de sentiments, allant de la tristesse à la colère en passant par la honte, qui affectent grandement leur moral et leur santé mentale.

*« Pis même encore aujourd'hui, je me fais traiter de bâtard, là. Des fois là, ouch... Ça fait mal, tu sais... Parce que des fois je me dis avoir un gun, là, tu sais, je disais j'aime pas la violence, je n'aime pas le sang pis j'aime pas la bataille. Pis me faire traiter de bâtard, je ne mériterais pas d'être un bâtard, excuse-moi, mais c'est vrai. Je suis pas un bâtard, je suis un être humain, avec des émotions, des sentiments, j'ai un caractère, j'ai mes défauts, pis j'ai mes qualités. Je suis sensible, je suis émotif, pis j'essaie de fonctionner avec qu'est-ce que j'ai, entre guillemets, avec le vécu que j'ai pis que, me faire traiter de "bastard", en anglais comme en français, fait que ça je l'accepte pas. Fait que tu sais, c'est dur sur le, pas du côté physique, mais moral, là! » (P16)*

Certains hommes expliquent notamment leurs tentatives de suicide, leurs psychoses, leurs comportements violents, leur consommation de drogues en lien avec ces expériences douloureuses.

#### **4.2.3.2 Des difficultés « à consommer », à participer aux activités sociales et à suivre les normes**

En étant bénéficiaires de l'aide sociale ou en occupant des emplois précaires, même au salaire minimum, les hommes font état d'une insuffisance de ressources financières. Or, le manque d'argent, en plus de soulever les enjeux liés à la survie mentionnés plus haut, inhibe le pouvoir d'achat et diminue les capacités des hommes à consommer des biens et services usuels dans la société :

*« T'es moins capable de consommer des affaires que tout le monde se paye. » (P20)*

*« Si t'as pas d'argent, t'achètes pas et tu fermes ta gueule... Tu peux pas acheter de quoi comme les autres quand t'as pas les moyens ben donc, tu t'en passes. » (P2)*

Ceci fait en sorte que les hommes ont de la difficulté à suivre certaines « normes » sociales implicites et explicites, ce qui les amène souvent à se faire rejeter par leur entourage ou encore à s'isoler par honte ou amour-propre en sentant le regard méprisant de l'autre.

*« T'es pas capable d'acheter les mêmes vêtements que les autres pis tu te fais regarder de travers. » (P6)*

Plusieurs hommes se sentent exclus de la vie socioculturelle, étant incapables de déboursier les montants requis pour participer à certaines activités telles qu'une soirée au cinéma, au théâtre, à des concerts ou des spectacles. Certains mentionnent qu'ils ne peuvent pas pratiquer certains sports, n'étant pas en mesure de payer l'équipement ou l'abonnement requis. D'autres ont parlé de l'inaccessibilité de cours de langues, d'informatique ou de musique. Un homme a parlé de sa difficulté à participer à la messe, car il était incapable de payer sa dîme comme un paroissien responsable. Ces difficultés déclenchent plusieurs émotions telles que de la honte, de la tristesse, de la colère et affectent les relations sociales, qu'elles soient de nature

amoureuse, familiale, amicale ou de voisinage. Plusieurs hommes ont fait ressortir qu'il est bien difficile de s'engager dans une relation amoureuse si on n'a pas de moyens financiers :

*« Tu sais, quand tu n'as pas une cenne, tu peux pas inviter une femme à manger une pointe de pizza. Tu lui dis même pas bonjour, tu lui dis même pas bonjour parce que tu peux même pas l'inviter, tu sais! Quand tu es rendu de même! Qu'est-ce que tu as à perdre...! » (P3)*

#### **4.2.3.3 Être exclu des décisions politiques**

Quelques hommes se sentent mis à part du processus politique. Ils n'ont pas d'occasions pour se faire entendre ou encore considèrent que leurs voix ne sont pas entendues. Ils n'ont finalement pas d'emprise réelle sur les décisions qui les concernent.

*« La pauvreté, c'est avant tout la marginalisation, parfois même de la discrimination. De se sentir exclu des luttes de pouvoir, ou de se sentir exclu des décisions qui nous concernent. » (P4)*

Plusieurs ont par ailleurs fait part de leur désillusion envers le système politique ou de leur amertume quant à leur militance qui finalement n'a pas suscité des changements sociaux concrets.

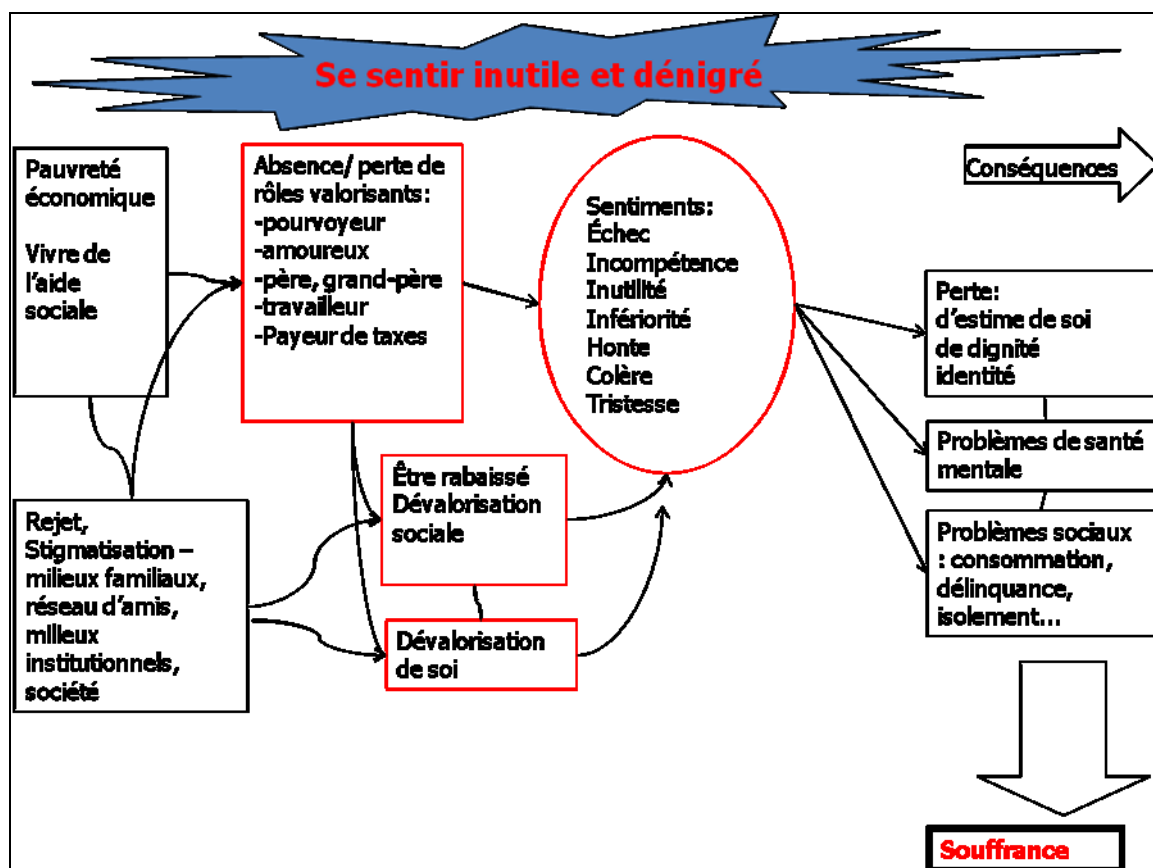
#### **4.2.4 Quatrième dimension : se sentir inutile et dénigré**

Cette dimension faisait initialement partie de la troisième, « Être et se sentir exclu ». Cependant, comme mentionné précédemment, il a été convenu lors des échanges avec les hommes qu'il convenait de séparer cette dimension, à la fois distincte et significative selon eux. En effet, ils ont fait ressortir que les expériences de dévalorisation et les sentiments d'inutilité et de dénigrement étaient différents de l'exclusion, quoiqu'ils puissent y être intimement liés :

« Dans certains cas, tu peux être exclu pis te sentir utile, pis le contraire, avoir une job pis tout et te sentir inutile et dénigré. » (un participant, GD2)  
 « Ouais, comme quand t'es tout seul au monde, isolé et exclu, une pauvreté de relations. » (un participant, GD2). « Ce qui est central là [il pointe le tableau], c'est le sentiment d'infériorité pis de... le dénigrement. T'es pauvre pis tu te sens poche, inutile. » (un participant, GD2) « T'es rien, t'es pas un homme! » (un participant, GD2).

Les principales explications données par les hommes sont présentées dans la figure suivante et détaillées par la suite.

Figure 7- Se sentir inutile et dénigré



#### 4.2.4.1 Dévalorisation et absence ou perte de rôles sociaux qui affectent le moral et alimentent les problèmes sociaux et de santé

Pour plusieurs hommes, la perte de statut officiel de travailleur et de « *payeur de taxes* » fait en sorte qu'ils ne se sentent plus des citoyens à part entière et ne se sentent plus « *pleinement* » un homme, ne pouvant pas totalement assumer leur rôle de pourvoyeur, ce qui engendre des sentiments d'inutilité et de dévalorisation. Certains ont parlé des regards méprisants de la société québécoise et de leur entourage face à l'étiquette de « *BS* » qui, à la longue, finissent par influencer leur propre regard sur eux-mêmes et affectent leur moral, leur estime de soi, leur dignité, leur amour propre et, dans certains cas, leur identité.

*« Je me sens complètement inutile, quand je suis chez nous j'ai l'impression d'être un poids, je sers à rien, pis moi ça me répugne au plus haut point de voir que je sers à rien... [En parlant du travail] C'est le seul moyen d'être considéré un vrai citoyen. Parce que je me considère pas vraiment comme un citoyen [inaudible]. Je suis quelqu'un qui coûte de l'argent au gouvernement. » (P21)*

*« Ça attaque l'orgueil d'un homme, tu sais, faut que ça travaille un homme! Moi, quand je travaille pas, je me sens pas ben. Faut que je bouge, faut que je... Parce que ça prend un gars qui a du cœur aussi. Quand t'as le coton du cœur qui traîne à terre, ça vaut pas cher » (GD3)*

En plus du rôle de pourvoyeur, quelques hommes ont évoqué la difficulté de remplir pleinement leurs rôles d'amoureux, de père ou d'ami, expliquant que leur faible revenu limitait leurs dépenses pour « gâter » l'être cher ou même pour participer à des activités sociales. Ces pertes de rôles valorisants génèrent des sentiments d'inutilité (« *tu ne sers à rien* », « *tu contribues à rien* » « *tu ne te sens pas utile* »), de dévalorisation (« *se faire ignorer comme si on n'existe pas* », « *se faire dénigrer* », « *se faire pointer du doigt* ») et d'incompétence. Ces sentiments très négatifs déclenchent à leur tour une panoplie d'émotions comme la honte, l'humiliation, ou la tristesse. Certains expliquent qu'ils vont se replier sur eux-mêmes et s'isoler par honte, sous le regard méprisant de leur entourage. À l'inverse, d'autres seront rejetés par leur entourage, comme nous avons vu dans le schéma analytique de l'exclusion.

*« La pauvreté, c'est beaucoup le sentiment d'insécurité, pis le sentiment de ne servir à rien. Pis d'être découragé, d'être gelé là. On est inapte, ostie! Comme un concombre dans un champ de concombres, tu sais, tu comprends? Tu sais t'as aucune valorisation de toi. » (P3)*

Les hommes ont également fait ressortir une série de croyances et de préjugés communément véhiculés dans la société québécoise sur les personnes à l'aide sociale. Par exemple, l'oisiveté et la paresse sont facilement associées aux prestataires.

*« Encore même aujourd'hui, je me suis fait dire ça, moi. Tant qu'à rien faire de ma journée, là t'sais. Tu fais rien, tu sais, tu t'aides pas, tu fais rien [...] Lui, la seule valeur qu'y a, de pouvoir remonter son estime, c'est de me rabaisser [...] Fait que de là à me dire que moi je fais rien dans une journée, tu sais, c'est facile à dire là. Mais si moi je me mets à l'écouter, pis à me dénigrer pis à croire ce qu'y me dit, j'vas finir par me sentir moindre. » (GD1)*

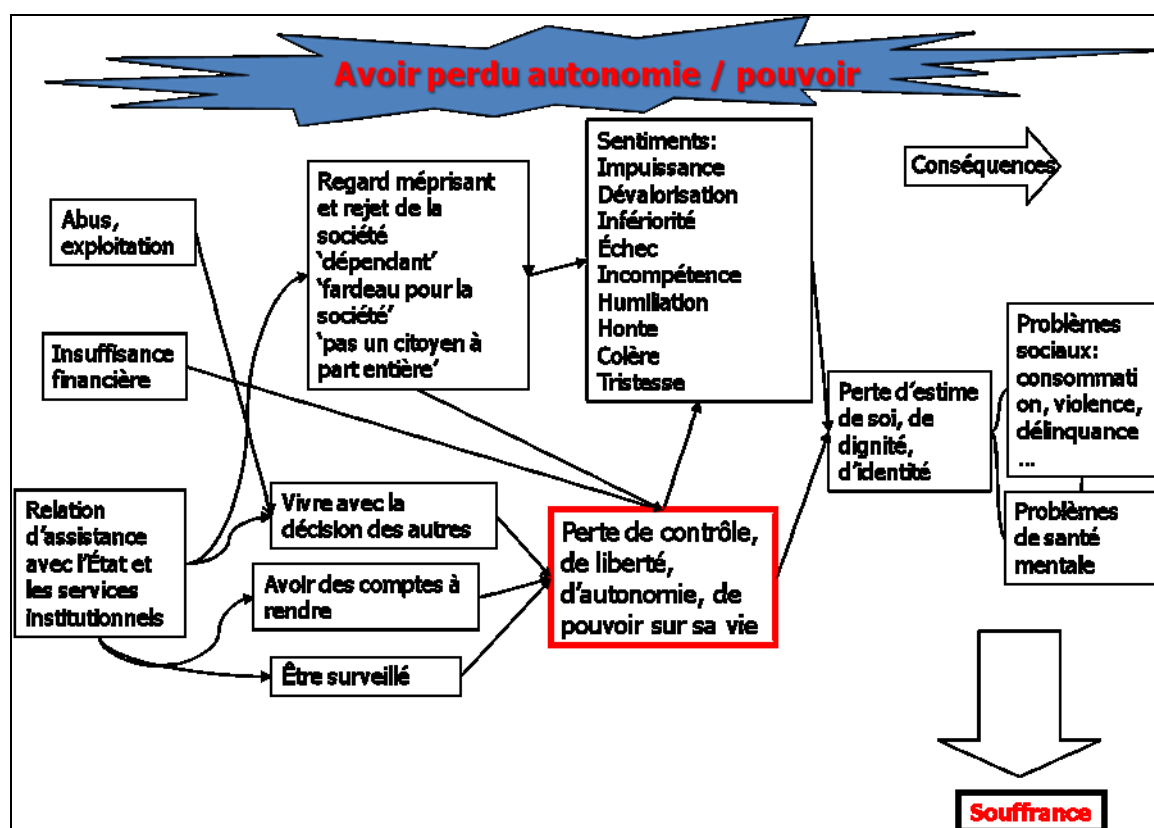
À la longue, les préjugés alimentent un fort sentiment d'infériorité chez certains hommes:

*« Les préjugés, parce qu'on se sent toujours abaissé pis on se sent inférieurs à eux autres, parce que, pas à cause que c'est voulu, mais y a des contextes, y a des choses par... qui sont associées à ça, tu sais, des maladies ou whatever, où les personnes [inaudible], mais c'est de génération en génération. Y a tellement de tabous, de préjugés, y a tellement de choses qui se disent sur ces gens-là, là : c'est des lâches, c'est des paresseux, c'est des drogués, c'est des prostitués, c'est des batteurs de femmes, c'est des profiteurs, c'est du monde qui a pas de classe, ça mérite pas de vivre, tu sais, pis au crochet de la société, pis y veulent rien faire de leurs dix doigts pis il faut que ça soit, recevoir leur petit chèque une fois par mois pis aller à taverne du coin aller flamber leur chèque dans machine ou aller chercher leur ligne de coke ou trois quatre caisses de vingt-quatre ou deux trois bouteilles de boisson [inaudible], le loyer pas payé, les comptes pas payés, pas de bouffe pour les enfants, pas de linge pour les enfants, fait que t'sais, c'est de cette façon-là que je le vois, là. » (P16)*

#### 4.2.5 Cinquième dimension : avoir perdu son autonomie, son pouvoir

Être pauvre c'est aussi manquer de pouvoir, de contrôle sur sa vie; c'est ne pas avoir de choix. Les principales explications données par les hommes à ce sujet sont présentées dans la figure 8 et détaillées par la suite.

Figure 8- Avoir perdu son autonomie, son pouvoir



Comme l'illustre la figure 8, la perte de pouvoir liée à différentes réalités vécues lorsqu'on est en situation de pauvreté génère des sentiments d'impuissance, d'échec, d'incompétence et d'infériorité qui affectent l'estime de soi, la dignité et l'identité. Ceci finit par affecter grandement le moral et alimente toutes sortes de problèmes sociaux et de santé. Nous décrivons brièvement deux dimensions de l'expérience de pauvreté où les hommes ont rapporté un manque de pouvoir.

#### 4.2.5.1 Relation d'assistance avec l'État et les services institutionnels

*« C'est ça. Vivre avec la pauvreté, être sur l'aide sociale, t'as ton agent; ils t'envoient des lettres pratiquement aux deux trois mois, pis... Que tu trouves pas d'emploi, pis il te menace qu'il va te couper, c'est inacceptable. Tu sais. Pis... Quoi d'autre à part de ça.... Ou ben donc qu'ils vont te [inaudible] ton chèque là, ils t'envoient des lettres comme quoi t'es convoqué au bureau pour que t'aïlles chercher ton chèque, ils te menacent : si tu te fais pogner en train de travailler en dessous de la table, on te coupe. » (P20)*

De nombreux hommes ont parlé de leur relation difficile avec les services d'assistance de l'État. Pour ces hommes, être pauvre et bénéficiaire d'aide sociale équivaut à être dans une situation de dépendance envers l'État et génère un sentiment de perte d'autonomie. Ils doivent vivre avec la décision des autres, voir leur existence régie par les autres. Ils se sentent constamment évalués, surveillés, menacés de coupures et de sanctions et ils doivent rendre des comptes continuellement. En plus de vivre des sentiments de perte d'autonomie et d'incompétence, ils vivent l'humiliation d'être surveillés. Cette situation porte atteinte à leur intégrité, leur fierté et leur dignité (*« ça donne un coup sur l'orgueil »*) et affecte grandement le moral. Cette situation a été principalement évoquée en lien avec les services de sécurité du revenu. Cependant, quelques hommes ont raconté des situations similaires avec divers services sociosanitaires des milieux institutionnel et communautaire. Ils ont par exemple déploré ce qu'ils perçoivent comme des *« trips »* de pouvoir de quelques travailleurs sociaux ou de professionnels en psychiatrie dans le domaine de la toxicomanie et dans des centres jeunesse.

#### 4.2.5.2 Histoires de violence, d'abus et d'exploitation dans divers milieux (famille, école, travail, communautés)

Plusieurs hommes ont vécu des histoires de sévices physiques, psychologiques et sexuels dans leur famille d'origine ou d'accueil, ou encore des situations d'exploitation ou de harcèlement au travail, où ils se sont sentis impuissants et humiliés. D'autres rapportent s'être *« fait avoir »* par différents types d'organisations (comme une compagnie de téléphone) et par des personnes de leur entourage (famille, amis, conjoint-e, propriétaire). Cette exploitation par autrui a été attribuée par certains à leur ignorance de certaines choses de la vie causée par leur faible scolarisation ou leur analphabétisme. D'autres ont aussi admis leur naïveté, qu'ils relient à l'isolement social et culturel vécu pendant leur enfance. D'autres encore ont relevé la nature mesquine des personnes. Toutes ces expériences de perte de contrôle constituent une



dimension importante de l'expérience de la pauvreté. Les hommes ont de plus expliqué que ces situations sont exacerbées par l'absence ou l'inadéquation des ressources d'aide juridique et des services sociosanitaires.

#### **4.2.6 Dernière dimension : ne pas être ou ne pas faire ce que l'on veut**

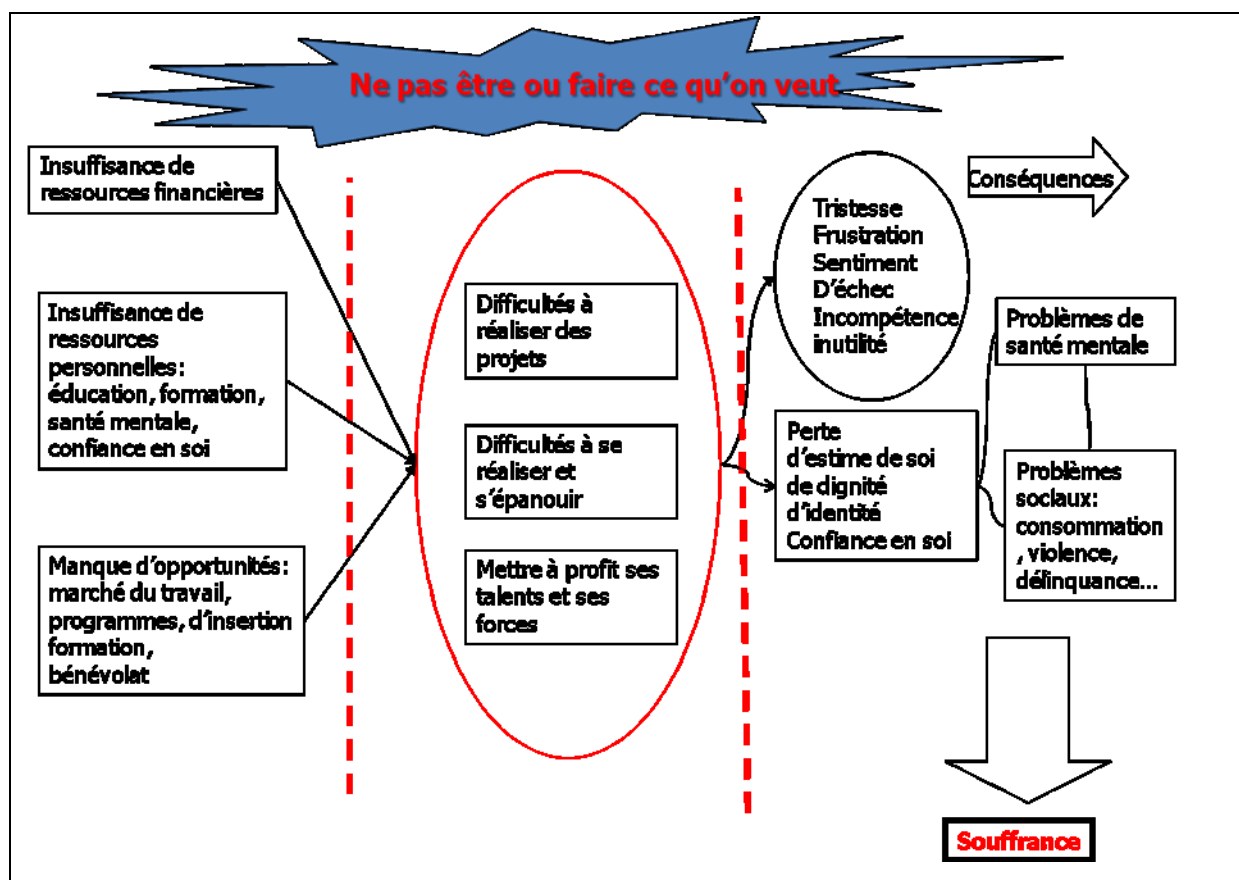
La pauvreté consiste pour certains hommes à être dans une situation où on ne peut être ou faire ce que l'on veut.

*« La pauvreté c'est peut-être... Euh... De pas arriver à faire ce qu'on aimerait bien faire... faute de moyens [...] pis d'opportunités. » (P2)*

C'est une situation où on ne peut pas réaliser des projets, où on peut difficilement s'épanouir et mettre à profit ses talents et ses forces. On vit de la tristesse, de la colère et des sentiments d'échecs et d'incompétence qui affectent grandement le moral et alimentent une multitude de problèmes sociaux et de santé.

Les principales dimensions et explications données par les hommes sont présentées dans la figure ci-après et détaillées par la suite.

Figure 9- Ne pas être ou faire ce que l'on veut



#### 4.2.6.1 Être incapable de réaliser des projets et de s'actualiser

La situation financière difficile, le marché actuel de l'emploi jumelé à l'inadéquation des ressources dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la formation ainsi que dans les programmes de réinsertion au travail ou de réinsertion sociale restreignent aussi les possibilités de réaliser des projets (comme un retour aux études, un travail, etc.) et de s'épanouir.

*« Il manque de places pour apprendre, se réaliser, s'épanouir pour ceux qui ne peuvent pas travailler surtout [...] Il faudrait des places et activités pour favoriser la valorisation des personnes à travers des projets, des expériences de bénévolat, d'expériences de travail, des formations. [...] De montrer que oui, comme je disais un peu plus tôt, tout le monde, que ce soit homme ou femme, ont tous leur place au soleil. » (P18)*

Certains hommes expriment aussi être limités dans leurs options considérant certaines caractéristiques personnelles (faible scolarité, problème de santé mentale, handicap, âge avancé). Ces hommes expliquent qu'ils ne peuvent pas mettre à profit tous leurs talents pour contribuer à la société.

*« Ben l'incapacité de réaliser des projets, de se réaliser, c'est sûr que pour moi dans tout ça, là, ce qui en prend le plus grand coup en partant, c'est la confiance en soi qui est mise à terre. » (GD2)*

*« Tu peux avoir des projets d'envergure, tu peux avoir un plan d'attaque, mais si la confiance est juste à cinq pour cent... [...] Pis t'as pas d'endroits qui te donnent une chance de te prouver. » (GD2)*

#### **4.2.6.2 Ne pas pouvoir « profiter de la vie »**

Plusieurs hommes expliquent que leur mode de vie à l'aide sociale est fortement teinté par leur situation financière précaire et que dans ce contexte, ils jouissent d'une piètre qualité de vie où il y a peu de place pour le plaisir.

*« ... Si tu as rien que ton ostie ton chèque de BS, c'est de même que tu es... C'est comme ça. Tu fais du temps... Tu fais du temps... Tu coupes les coins ronds... tu ne jouis pas de l'instant présent parce que tu n'as rien à jouir... Fait que tu fais du temps... Faire du temps c'est être en attente... Fait que là qu'est-ce que tu vas faire? [...] t'es en attente... Tu vis pas... C'est ça, faire du temps... [il parle bas]. Faire du temps comme en cellule. » (P3)*

### **4.3 Conclusion : les dimensions de la souffrance comme manifestation de la pauvreté**

Dans les sous-sections précédentes, nous avons montré de manière détaillée comment de la parole des hommes émerge une conception de la pauvreté en tant que souffrance qui se manifeste principalement autour de six noyaux durs de significations, reliés entre eux et traversés de thèmes communs. Nous avons aussi vu que les causes de cette souffrance sont

enchevêtrées, que causes et effets sont en renforcement dynamique et que le tout comporte des dimensions individuelles et sociales.

Pour chacune de ces dimensions, les hommes ont fait ressortir des conséquences sur le plan de la santé et du bien-être. Ces résultats éclairent les mécanismes liant la pauvreté et la santé. Ils illustrent de façon empirique les explications théoriques relevées dans la littérature en santé publique et présentées dans le chapitre 1, qu'il s'agisse des approches matérialistes et structurelles (notamment à travers l'accès différentiel aux ressources), psychosociales (notamment à travers le stress généré par les conditions de vie, la perte de contrôle et les liens sociaux érodés), comportementales (l'adoption de comportements nuisibles à la santé tels que la consommation de drogues), ou de celles en lien avec le rôle du système de santé (notamment l'impact de l'absence et de l'inadéquation des ressources sociosanitaires). Par ailleurs, ces résultats offrent des pistes intéressantes sur le plan de certaines explications dont on parle moins en santé publique, notamment celles qui évoquent le poids du stigma associé à la pauvreté et son influence sur la santé et le bien-être. Les phénomènes de dévalorisation sociale, de stigmatisation et de discrimination semblent être très significatifs pour les hommes dans leur expérience de la souffrance et de la détérioration de leur santé et leur bien-être. Ces éléments ont également été mis en lumière dans quelques études récentes et mériteraient plus d'attention (Belle and Doucet 2003; Reid 2004; Reid and Hébert 2005; Reutter, Stewart et al. 2009). Enfin, ces résultats indiquent également des liens entre masculinité, pauvreté et santé. Quelques études ont avancé que la pauvreté chez les hommes constitue une exclusion de leur statut de genre dans le sens où les hommes pauvres ne peuvent rencontrer les standards dominants de ce que c'est un homme dans notre société occidentale : indépendant, autonome et autosuffisant (Strier 2005; Liu, Stinson et al. 2009).

La méthode adoptée pour constituer ce cadre conceptuel en renforce la véracité comme discuté au chapitre 2. Cependant, cela demeure un travail de nature exploratoire. Nous proposons ici de le considérer comme une amorce de conceptualisation mettant en évidence les dimensions les plus saillantes de l'expérience de la pauvreté telle que décrite par des hommes qui fréquentent le CAP dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal et nous discuterons en conclusion à cette thèse la manière de l'approfondir.



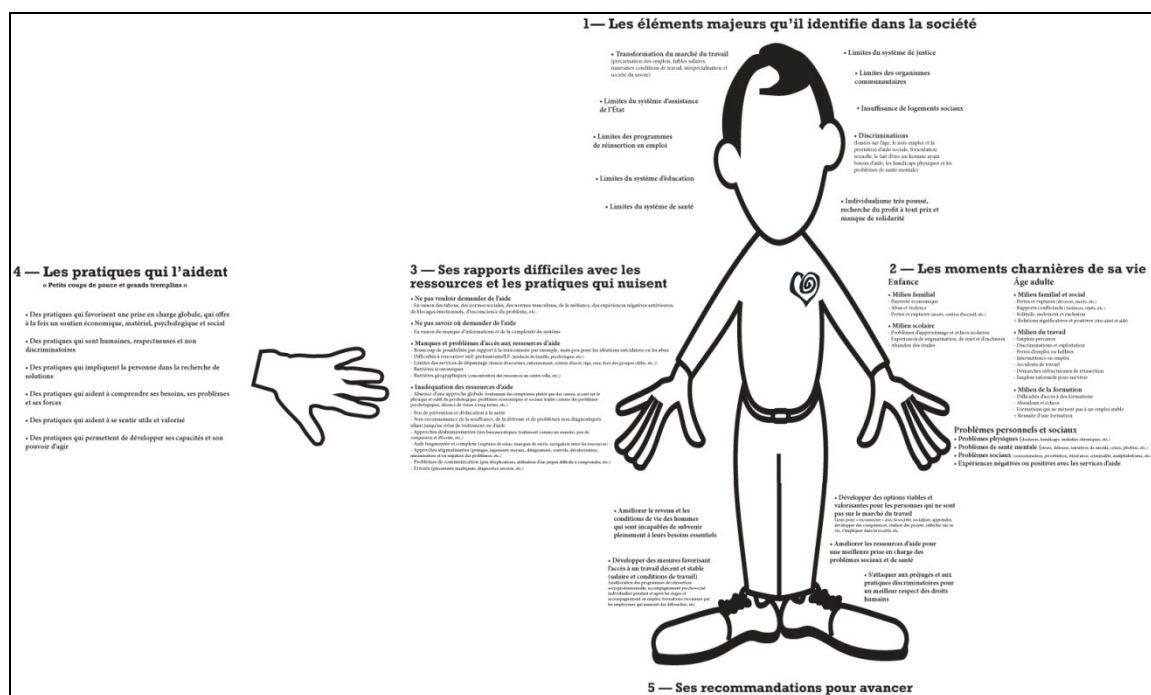
## **Chapitre 5 : Les jalons marquants des parcours de vie des hommes rencontrés et le rôle des ressources sociosanitaires**

Ce chapitre vise à répondre au second objectif de la recherche : mieux cerner le rôle des ressources d'aide sociosanitaires et leur importance relative dans les trajectoires de vies d'hommes en situation de pauvreté. Il est divisé en deux grandes parties. Dans la première, nous présentons de manière synthétique, à l'aide de Charlot Laforce l'ensemble des éléments identifiés. Dans la seconde, tel que nous l'avons déjà annoncé, le rôle des ressources est exploré sous l'angle du non-recours à travers le second article que nous avons soumis.

### **5.1 Charlot Laforce : un outil de validation participative présentant nos résultants saillants**

Lors des entrevues individuelles, les hommes ont été invités à raconter et à analyser les jalons marquants de leurs parcours de vie qui ont provoqué des entrées, des maintiens ou des sorties de pauvreté. De plus, ils ont été conviés à décrire leurs rapports aux ressources d'aide lors de ces moments charnières. L'analyse transversale de leurs propos nous a permis de repérer des divergences et des similitudes et « Charlot Laforce » présente les résultats saillants de cette analyse (Figure 10; voir aussi annexe B pour un format plus grand). L'origine de l'outil ainsi que les raisons qui nous ont motivée à y avoir recours dans le cadre de notre projet ont été détaillées dans le chapitre 2. Dans cette section, nous présentons brièvement les différentes parties de l'outil et les résultats saillants qu'elles permettent d'illustrer.

Figure 10- Charlot Laforce



### 5.1.1 La tête : « Les éléments majeurs qu’il identifie dans la société »

Cette section présente des forces qui sont à l’œuvre dans la société, identifiées par les hommes, qui expliquent en partie leurs expériences charnières et leurs situations de pauvreté. À travers leurs propos, nous avons identifié des acteurs sociaux et des dynamiques sociales qui ont de l’influence sur eux. Nous avons constaté que les jalons marquants de leurs vies sont ancrés et modulés par divers phénomènes sociaux, comme la stigmatisation, la dévaluation sociale, la discrimination, l’appauvrissement et la violence qui occasionnent des situations de pauvreté. Nous avons décelé également quelques expériences communes de sortie de pauvreté liées à des phénomènes de valorisation, d’appropriation du pouvoir d’agir et d’inclusion sociale.

Figure 11- La tête : « les éléments majeurs qu'il identifie dans la société »

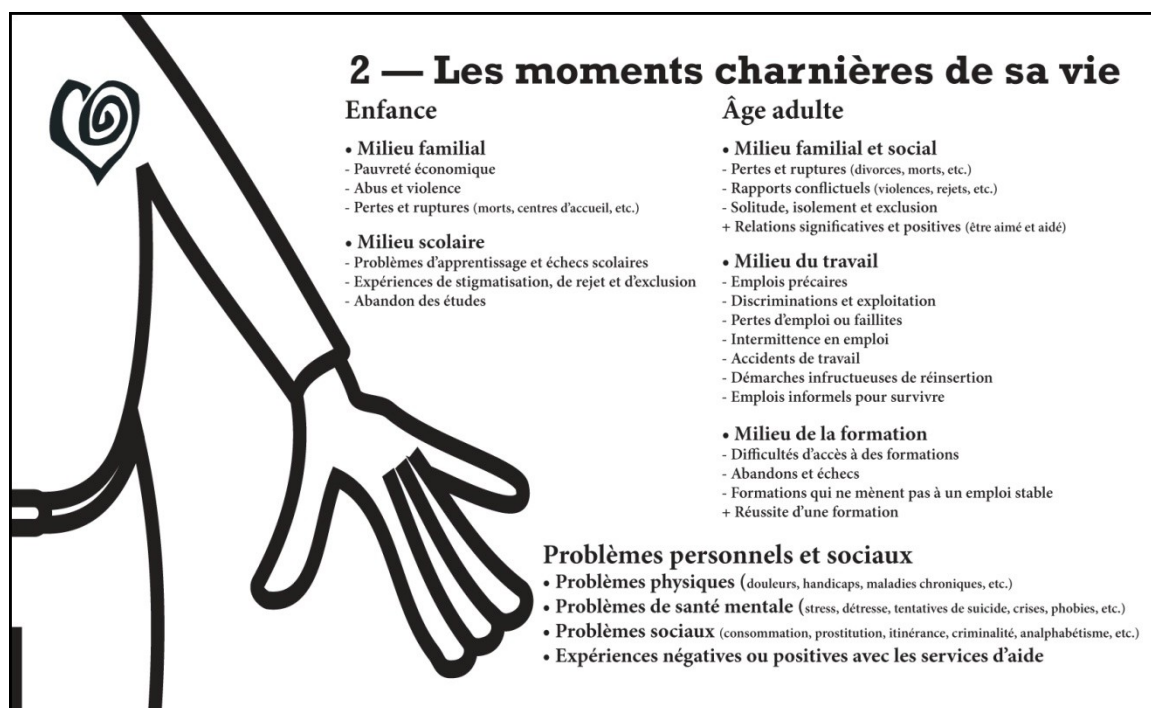


### 5.1.2 Le cœur : « Les moments charnières de sa vie »

Nous avons dégagé des expériences marquantes communes sur le plan de la santé, dans les relations familiales et les réseaux sociaux, dans le milieu scolaire et de la formation, dans les milieux de travail ainsi que dans les rapports avec les diverses institutions publiques et privées. Ces principales expériences se retrouvent dans la figure suivante :



Figure 12- Le cœur : « les moments charnières de sa vie »



### 5.1.3 La main droite : « Ses rapports difficiles avec les ressources d'aide et les pratiques qui nuisent »

Parmi les moments charnières significatifs rapportés par les hommes, nous retrouvons une panoplie de problèmes de santé, de problèmes sociaux ainsi que des expériences positives et négatives avec les ressources d'aide, tant institutionnelles que communautaires. Les hommes ont expliqué comment leurs problèmes sociaux ou leurs problèmes de santé les ont maintenus dans une situation de pauvreté ou ont occasionné des chutes, parfois plus profondes, dans celle-ci. Mal identifiées et non soignées, les maladies et les souffrances psychiques endurées peuvent se détériorer et ainsi conduire à des situations de pauvreté. Même déclarés et pris en charge par les ressources d'aide, les problèmes sociaux ou de santé peuvent avoir des impacts importants sur les parcours de vie et entraîner dans la pauvreté<sup>28</sup>, surtout lorsque les ressources d'aide ne permettent pas la résolution du problème ou encore lorsque les hommes vivent une expérience d'aide négative. Ainsi, les ressources d'aide peuvent contribuer à maintenir les hommes en situation de pauvreté ou pire peuvent aggraver leurs situations de


<sup>28</sup> Comme nous avons pu le constater dans le chapitre 3, un problème de santé ou un problème social est vécu *en soi* comme une situation de pauvreté pour plusieurs des hommes rencontrés, étant donné le mal-être vécu sur les plans physique, économique, psychique et social.

pauvreté. Les difficultés rencontrées avec les ressources et les caractéristiques des pratiques négatives sont présentées sommairement dans la figure suivante :

Figure 13- La main droite : « Ses rapports difficiles avec les ressources et les pratiques qui nuisent »

### 3 — Ses rapports difficiles avec les ressources et les pratiques qui nuisent

- **Ne pas vouloir demander de l'aide**
  - En raison des tabous, des normes sociales, des normes masculines, de la méfiance, des expériences négatives antérieures, de blocages émotionnels, d'inconscience du problème, etc.
- **Ne pas savoir où demander de l'aide**
  - En raison du manque d'informations et de la complexité du système
- **Manques et problèmes d'accès aux ressources d'aide**
  - Beaucoup de possibilités par rapport à la toxicomanie par exemple, mais peu pour les idéations suicidaires ou les abus
  - Difficultés à rencontrer unE professionnelLE (médecin de famille, psychologue, etc.)
  - Limites des services de dépannage (heures d'ouverture, rationnement, critères d'accès (âge, sexe, hors des groupes ciblés, etc.))
  - Barrières économiques
  - Barrières géographiques (concentration des ressources au centre-ville, etc.)
- **Inadéquation des ressources d'aide**
  - Absence d'une approche globale (traitement des symptômes plutôt que des causes, accent sur le physique et oubli du psychologique, problèmes économiques et sociaux traités comme des problèmes psychologiques, absence de vision à long terme, etc.)
  - Peu de prévention et d'éducation à la santé
  - Non-reconnaissance de la souffrance, de la détresse et de problèmes non diagnostiqués allant jusqu'au refus de traitement ou d'aide
  - Approches déshumanisantes (très bureaucratiques, traitement comme un numéro, peu de compassion et d'écoute, etc.)
  - Aide fragmentée et complexe (ruptures de soins, manques de suivis, navigation entre les ressources)
  - Approches stigmatisantes (préjugés, jugements moraux, dénigrement, contrôle, dévalorisation, minimisation et/ou négation des problèmes, etc.)
  - Problèmes de communication (peu d'explications, utilisation d'un jargon difficile à comprendre, etc.)
  - Erreurs (placements inadéquats, diagnostics erronés, etc.)



#### 5.1.4 La main extérieure : « Les pratiques qui l'aident »

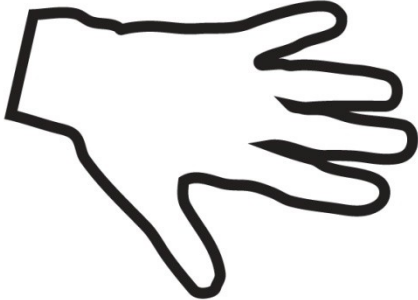
Les ressources d'aide peuvent également améliorer les situations des hommes et même faciliter des sorties de pauvreté. Les hommes ont parlé de différents types d'aide qui peuvent donner de « petits coups de pouce » ou constituer de « grands tremplins ». Nous avons dégagé quelques caractéristiques des types d'aide positive reçue de ressources institutionnelles et communautaires, qui ont permis aux hommes rencontrés de sortir momentanément ou de façon durable de la pauvreté. Les voici :

Figure 14- La main extérieure : « les pratiques qui l'aident »

## 4 — Les pratiques qui l'aident

« Petits coups de pouce et grands tremplins »

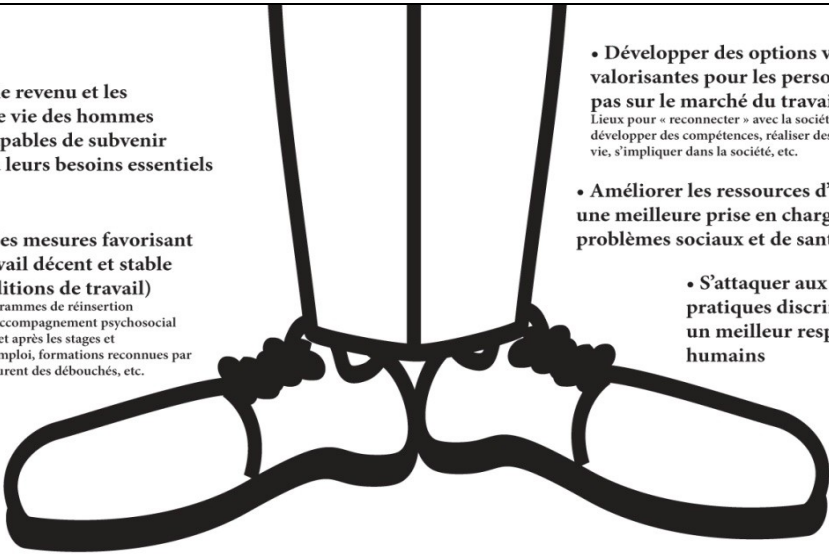
- Des pratiques qui favorisent une prise en charge globale, qui offre à la fois un soutien économique, matériel, psychologique et social
- Des pratiques qui sont humaines, respectueuses et non discriminatoires
- Des pratiques qui impliquent la personne dans la recherche de solutions
- Des pratiques qui aident à comprendre ses besoins, ses problèmes et ses forces
- Des pratiques qui aident à se sentir utile et valorisé
- Des pratiques qui permettent de développer ses capacités et son pouvoir d'agir



### 5.1.5 Les pieds : « Ses recommandations pour avancer »

Finalement, toujours après l'analyse des entrevues individuelles, nous avons dégagé cinq grandes recommandations pour lutter contre la pauvreté, tirées directement des propos des hommes. Nous avons bonifié ces recommandations lors des groupes de discussion et elles sont présentées dans le chapitre 6.

Figure 15- Les pieds : « Ses recommandations pour avancer »



- Améliorer le revenu et les conditions de vie des hommes qui sont incapables de subvenir pleinement à leurs besoins essentiels
- Développer des mesures favorisant l'accès à un travail décent et stable (salaire et conditions de travail)  
Amélioration des programmes de réinsertion socioprofessionnelle, accompagnement psychosocial individualisé pendant et après les stages et accompagnement en emploi, formations reconnues par les employeurs qui assurent des débouchés, etc.

- Développer des options viables et valorisantes pour les personnes qui ne sont pas sur le marché du travail  
Lieux pour « reconnecter » avec la société, socialiser, apprendre, développer des compétences, réaliser des projets, réfléchir sur sa vie, s'impliquer dans la société, etc.
- Améliorer les ressources d'aide pour une meilleure prise en charge des problèmes sociaux et de santé
- S'attaquer aux préjugés et aux pratiques discriminatoires pour un meilleur respect des droits humains

## 5 — Ses recommandations pour avancer

À la suite des groupes de discussion autour de l'outil Charlot Laforce, nous avons choisi d'examiner plus attentivement les propos des hommes concernant leur choix de ne pas recourir aux ressources sociosanitaires lors de moments de détresse où ils jugeaient pourtant avoir besoin d'aide. Les résultats de cette analyse se retrouvent dans notre deuxième article de thèse, présenté dans la prochaine section.

## **5.2 Deuxième article : Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crises**

Dupéré, S.; O'Neill, M.; DeKoninck, M. Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crises» (soumis à la revue *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*).

### **Abstract**

This article presents the experiences of men living in deep poverty regarding their decision not to seek out health and social services in moments of crisis, even when they recognized needing help. These results come from a qualitative research project done in collaboration with a community Center in a disadvantaged neighbourhood of Montreal, Canada. It intended to better understand men's experiences of poverty and the role played by health and social services in this context. Data was collected through 80 days of participant observation, 22 semi-directed interviews and 6 group discussions with men living in poverty. The results show that the reasons why these men are reluctant to use health and social services can be organized along three axes: 1. the nature of their problems, 2. their difficulty in seeking help; 3. the nature of services offered. The paper concludes with implications of the findings for future research and interventions.

## Résumé

Cet article présente les expériences d'hommes en situation de pauvreté concernant leur choix de ne pas recourir aux ressources sociosanitaires lors de moments de détresse où ils jugeaient pourtant avoir besoin d'aide. Ces résultats sont issus d'un projet de recherche qualitative effectué en collaboration avec un centre communautaire d'un quartier défavorisé de Montréal au Canada. L'objectif de ce projet était de mieux comprendre les expériences de pauvreté de ces hommes et le rôle joué par les ressources sociosanitaires dans ce contexte. Diverses méthodes de collecte de données ont été déployées : 80 jours d'observation participante, la rédaction d'un journal de bord, 22 entrevues individuelles semi-dirigées et 6 groupes de discussion avec des hommes en situation de pauvreté. L'analyse du matériel recueilli a permis de repérer trois grands axes pour expliquer les réticences des hommes à consulter les ressources sociosanitaires : 1 — la nature de leurs problèmes; 2— leurs difficultés dans leurs démarches de demande d'aide; 3— les caractéristiques des ressources sociosanitaires et de leurs services. Une brève discussion est faite à la fin de chacun des axes de manière à mettre les résultats en perspective. Finalement, nous concluons sur quelques pistes que la présente démarche ouvre, tant pour la recherche que pour l'intervention.

## Introduction

Even in healthcare systems such as Canada's, one of whose main principles is universal access to care, access to primary healthcare and specialized services often varies with the client's socioeconomic status<sup>1,2</sup>. In Canada, low-income people see specialists less often, obtain fewer preventive services, and are less likely to have a family doctor or receive continuous care—even though they suffer from higher morbidity than the population as a whole<sup>3,4</sup>.

Empirical studies conducted in Canada on the healthcare trajectory of people suffering from different kinds of poverty and social exclusion have revealed numerous financial, geographic, cultural and social obstacles to their access to health and social services<sup>5-9</sup>. Some of these obstacles relate to the structure and organization of services, others to the individual and his/her difficult living conditions, and still others to the relationship between the two<sup>10</sup>. But

while the studies in question have focussed on specific vulnerable populations—more particularly, populations defined in terms of ethnicity, mental illness, homelessness and substance addiction—we found no research from Canada on access among men experiencing deep poverty.

Investigating the relationship of this population to services and care raises questions not only about access, but also about the quality and relevance of available services. Research has shown that when poor people seek out services, they do not always obtain the help they need. Furthermore, qualitative studies have revealed that poor people often suffer negative experiences with health and social services. They may feel misunderstood, looked down upon, judged, stigmatized and discounted<sup>5-7,9,11</sup>. This phenomenon has led some authors to assert that in some cases, health and social services can actually worsen the hardships experienced by the poor and in doing so, reinforce health inequities<sup>5,12</sup>. Malenfant and colleagues (2004)<sup>13</sup>, for example, suggest that inadequate health and social services can prolong the period of incapacity experienced by a poor client and this way contribute to maintaining the client in poverty. Clients' negative experiences do much to explain their reluctance to use services, as documented by abundant literature on low rates of health and social services use among populations at risk: for example, the delayed or insufficient uptake of services, the abandonment of a course of treatment, as well as the non-adherence to prescriptions for medication or other forms of care<sup>10,14-16</sup>. Nonetheless, more work is needed to better understand clients' motivations for eschewing care<sup>17</sup>, all the more so because studies of vulnerable populations' non-uptake of services have revealed obstacles or failures on the part of the healthcare system—failures that rarely surface in studies on the use of services<sup>15</sup>.

Numerous studies have also examined the issue of masculinity as it relates to men seeking help from health and social services. These studies show that men are reluctant to ask for help and only do so as a last resort and when confronted by serious problems<sup>18</sup>. Some authors have explained this reluctance by men's adherence to traditional masculine norms<sup>19,20</sup>. But few studies have considered the links between masculinity, poverty, the need for help and the recourse to services<sup>20-22</sup> in order to better grasp health inequities between rich men and their poor counterparts.

This qualitative research project aspires to help fill these gaps. Our principal goal is to contribute to the knowledge about the role of health and social services in the creation and perpetuation of poverty and health inequities. In this regard, our project has three objectives.

First, it seeks to better understand how men living in poverty experience and perceive their situation and conceive of ways to change it<sup>23</sup>. Second, it attempts to elucidate how health and social services influence the process that causes men to experience and sometimes escape from poverty. Third, it draws on the knowledge thus generated to suggest interventions relevant to the fight against poverty.

This article presents accounts from men experiencing poverty regarding their decision not to seek out health and social services in moments of crisis even when they recognized needing help. Although these respondents also mentioned occasions when they sought out such aid, we focussed on occasions when they chose not to do so, for several reasons. First, our interviewees judged their decision not to seek aid as being problematic—more specifically, they felt that it worsened their poverty. Second, this population's refusal to seek aid has been little studied and is of great concern to service providers. And third, the non-use of services has negative consequences in a health perspective and also in ethical and political terms, because of the human rights issues that are at stake<sup>24</sup>.

In the next section, we discuss the methods used for this research project and give details of the study participants and their environment. We then present the results of our analysis of the reasons why men are reluctant to take advantage of health and social services. These results follow three axes: the nature of their problems, their difficulty in seeking help, and the nature of services offered. Each category of reasons is first presented in detail and then discussed. We conclude by exploring the implications of our findings for future research and interventions.

## **Methods**

We conducted our research in Hochelaga-Maisonneuve, one of the most disadvantaged neighbourhoods of Montreal, Quebec, Canada. We worked with a community center that offers numerous services, including a food bank and a community grocery store; the unconditional reception of visitors free of charge; a welcoming environment that breaks visitors away from isolation; and various citizenship-building activities. The center hosts an average of 200 people per day, the great majority of whom are adult men. Our study benefited from the assistance of a consultative committee composed of the coordinator of the community center and two external specialists of the neighbourhood known for their expertise

with local residents experiencing poverty. We also involved other community center staff members on several occasions.

The qualitative research strategy used is based on an interpretative and participatory approach consistent with the tradition of analyzing the life course of study participants. We collected data by various means. During fieldwork, between January 2007 and November 2009, we spent 80 days of participatory observation and kept a journal and carried out 22 semi-directed interviews with men experiencing poverty. Sampling was completed following discussions with the consultative committee and with community center staff in order to identify a range of profiles that represented the population of study<sup>25,26</sup>. Our inclusion criteria were: ability to speak French, willingness to participate in an in-depth investigation, self-assessment as experiencing poverty, and absence of a severe mental illness. We based our analytical strategy on Charmaz's interpretive grounded theory methods (2006)<sup>27</sup> and Bertaux's life-history approach (2005)<sup>28</sup>. We recorded and transcribed all individual interviews and used *NVivo* software to code and analyze each interview. We then conducted a thematic and comparative analysis identifying recurring themes, grouping the themes in categories, and tracing the relationships between them. To deepen our analysis, we held four discussion groups on our preliminary results in April 2009. The groups were attended by 11 men, six of whom had been interviewed individually. In August 2010, we held two additional discussion groups, this time with respect to the final results: 10 men took part, seven of whom had been interviewed individually and four of whom had participated in the discussions of April 2009. The interviews and the discussion groups took place at the community center and were conducted by the primary author of this article. The project was approved by the Research Ethics Committee of Laval University.

**Profiles of the men interviewed individually.** The 22 men whom we interviewed individually composed a population that was both homogeneous and diverse. The youngest participant was 25 years old and the oldest 60 (median age: 47). The great majority of participants were natives from the province of Quebec, 18 having French and 2 English as their mother tongue. One participant was a recent immigrant (he had lived in Quebec for less than 5 years) and the last had immigrated to Quebec more than 10 years earlier. With regards to education, one man had followed university graduate courses, one had an undergraduate degree, five had studied at college level, and three had stopped studying after earning their high school diploma. Almost half of participants (10 men) had not graduated from high



school: of these, three had obtained a certificate of high school equivalency. One participant had not completed primary school and the last was not schooled.

Insofar as participants' family and social situations were concerned, the great majority (20 men) lived alone and the remaining two lived with a partner. Sixteen men considered themselves to be single and six described themselves as being in a relationship. The two men who lived with their partner lived in an apartment. Of the remainder, one lived in subsidized housing, eight rented rooms, three rented an apartment with one or more roommates, and eight lived on their own in a small apartment, often a studio.

Seventeen of the 22 interviewees subsisted mainly on Quebec Government's social assistance benefits to people with no severely limited capacity for employment. These benefits were approximately \$550 CAN per month. One interviewee also received an old-age supplement. One of them declared a few hours' regular part-time work per month, but most told us that they performed casual work and did not declare earnings. Four of the 22 men received social assistance benefits for people with severely limited capacity for employment in the amount of \$858 CAN per month, and the last man had been in a car accident that entitled him to receive payments from Quebec's public motorized vehicle insurance program. By working part-time, this last participant generated revenue similar to the benefits awarded people with severe constraints to employment.

## **Results**

**Non-uptake of services because of the nature of men's problems.** Men's references to their problems to explain their reluctance to engage with health and social services can be put in three categories: difficulty in recognizing the problem, difficulty in gauging the seriousness of the problem, and occasional intense disorganization.

*Difficulty in recognizing the problem.* Some men reported not engaging in services when they were experiencing psychological stress or had suicidal ideas because they were incapable of saying what was wrong and why.

*I didn't really know what was really going on with me... I couldn't seem to figure it out... What was I going to say? That I felt bad? (P18)<sup>29</sup>*

These men felt that it made little sense to consult help-giving resources that required them to clarify their problem and their needs. Some spoke of their discomfort at the idea of presenting themselves to a service provider with only a nebulous malaise and without knowing what service to request.

*I'd be embarrassed because I wouldn't know what to say... I myself don't understand what is going on with me [...] To get help, you have to know your own self [...] Obviously, as soon as I walk into the CLSC<sup>30</sup>, they're going to say, "Okay, what can we do for you?" [...] And then it's going to be up to me to answer. (P22)*

Some men explained their delayed engagement with the services by their trouble recognizing the warning signs of a problem that required assistance. The warning signs cited by the participants covered both physical ailments—shortness of breath, fatigue, soreness, heart palpitations—and psychological symptoms such as depression, irritability, anxiety, and hallucinations. Even as they suffered, they seemed to think that their symptoms were normal or temporary. For example, one man's decision not to seek services during a psychotic episode seemed related to his inability to recognize the symptoms of his ailment:

*I heard voices, like, "Get outside, the house is going to explode." I went outside in the middle of the night, nearly naked. It happened twice. Sometimes there were snowblowers, it was the middle of the winter and there were snowblowers. "Go on [interviewee's name]"—this was what the voice said—"Go on [interviewee's name], don't you remember? You've gone through a snowblower before. Go through the snowblower, it won't hurt." It was getting*

---

<sup>29</sup> Participants have been identified by code P1 to P22 and discussion groups by code GD1 to GD 6. All quotations have been translated from French.

<sup>30</sup> CLSCs are Quebec's public system local community health and social service centers.

*dangerous. Eventually it went away. I got kicked out of my apartment, I spent three months in the countryside and eventually it went away. (P17)*

Later in the interview, this man mentioned having seen a doctor several years later, when someone close to him was experiencing a mental health problem. It was only then that he realized he had had similar symptoms. He exposed taboos associated with mental illness and the lack of public information on the subject.

*“Nobody can do anything for me; I have to do it by myself.”* Such acknowledgment was often repeated both in individual interviews and in the group discussions. Several men declared not having sought help because they believed that they themselves were at the origin of their problem, whether violent behaviour, the consumption of drugs or alcohol, an addiction to gambling, or psychological stress. They were convinced that consulting would be useless: it was up to them to “pull themselves together.” One respondent thus explained his distress and his feelings about being addicted to gambling:

*The next day, you know the next day, I wanted to die... The next day, you get up and you're broke, you spent everything you had on the machine, the next day is when I sometimes thought about killing myself. You know, you think about it, you think about it... Falling, you're falling. That's what pushed me that far. My job wasn't going well, sometimes you know... I tell myself... I say to myself... I tell myself that my life never really did go very well, sometimes. No, I haven't seen anybody. [...] Well, because I didn't believe in the help that they give. The SOS Gambling program, the phone lines [...] The way I see it, therapy's not going to get you to stop. [...] You have to stop on your own. (P17)*

For many respondents, the belief that consulting would be useless seems to have been informed by negative experiences in the past, when service providers blamed them for their problems or told them that solving the problem depended on willpower: it was up to them to change. To some extent, these men seemed to have internalized blame. One, for example,

asserted that it was up to him to deal with his psychological stress, which he explained as having been caused by persistent poverty and the sexual abuse he suffered as a child. When he saw a provider, he recounts not having received aid because his problem did not conform to a formally classified mental disorder:

*I know that the problem is in my head. The doctor told me that I don't have mental illness. So it's pointless for me to see another doctor. It's up to me to handle it. (P18)*

Finally, some men appeared to deny their problems for fear of having to deal with them. One man stated that his fear of receiving bad news if he saw a doctor for his physical symptoms kept him from seeking help. Another, who was experiencing psychological stress that he recognized as stemming partly from childhood sexual abuse, was afraid that the consultation would be a difficult and painful experience whose negative consequences would destabilize his state: "I'd rather not go through that door. I'm managing okay right now."

*Difficulty in gauging the seriousness of the problem.* Many men justified their non-engagement with services by the fact that they did not consider their health problem to be serious enough to warrant using them. Their judgment of the seriousness of their problems seemed directly grounded in their living conditions and their environment. As one explained,

*I'm managing my alcoholism okay. [...] You know, compared to other people, I still function... [...] I get up in the morning. [...] I don't get aggressive when I drink. (P11)*

As these comments reveal, when evaluating the seriousness of their problems, our respondents compared themselves to people around them. In doing so, many concluded that their situation was "not as bad" as others. Other respondents downplayed the importance of their health problems in light of other problems they were dealing with and considered more serious: for example, finding food and a place to live.

*Experiencing psychosocial problems so intense as to provoke disorganization.* Some men explained that they did not consult services because they were in a dysfunctional state that prevented them from recognizing their problems, admitting their need for help, and determining steps to take, with any lucidity. These respondents referred to a state of dysfunction, wherein they were caught up in a vicious circle of drug or alcohol abuse, violence, delinquency, criminal activity, codependency or gambling. They spoke of moments of intense psychological stress and periods of crisis.

*I told myself that I wasn't the problem, they were the problem goddamn it! [...] They don't understand me one bit! You know, being egocentric, being proud, plus I think that, I don't think, well it's clear that I had a problem, but I couldn't see it! That's what it means to do drugs or alcohol, you become another person. It wasn't me. It was someone who had suffered in his life, someone who had been hurt... I lost people I loved and I lost confidence. So well, that came back to me. Unconsciously, I became that person all over again. Not unconsciously, but look, when I do drugs or alcohol, I become someone else; when I don't, I am myself.*  
(P15)

Others referred to an intense experience of frustration, fear, rebellion or revolt: episodes when they denied their health problems and “*didn't want to hear about it from anyone.*” Some isolated themselves and rejected society as a whole, while others confessed that at such moments, they took part in gang activities and criminal acts and were completely uninterested in seeking help. For a few, these episodes lasted several years:

*Oh no! Oh no, no, no, no, not now... not right now... No way... At that time, I could only think about doing a hold-up... Then I'd go on a binge. Nothing more than that. I did drugs, I drank and everything [...] I was disgusted with life ... I didn't want to hear anything about it.*  
(P3)

Another man said that “*utter discouragement*” was the reason he did not seek help when suffering:

*Well, if I want to get myself out of a bad situation, I have to get help! But if I don't have the energy to even think about being able to go get that help on my own ... [...] It's not because I have a leg missing that I don't get help. Worst thing is low spirits. (P22)*

Several referred to states of deep depression even suicidal, moments when they reached the dead end of hopelessness and were in a state of complete apathy. They then turned their backs not only on help, but on life in general. Three men explained that their drug abuse was a means to destroy or kill themselves that left no room for asking for or receiving help. They did not consult professionals voluntarily. Rather, they were brought in for emergency care by force, by the police or in an ambulance.

*I was taking drugs and drinking [...] Then I finally lost my job [...] Then, you now, you aren't functioning, you aren't functioning, you don't feel like doing anything, you don't feel like it, it's like they say in English, “fuck the world,” then, you know, no, no, no, no, no... I felt, I really felt that I was letting myself go, that I was really and truly letting myself go. A little beer here, a little beer there, you know, but the problem always stayed the same, you know, and the problem, the problem was here [laughs, points to his heart] [...] And then, I completely dropped out. I lost it. (P12)*

*The nature of respondents' problems: discussion.* Research shows that beliefs regarding health and illness, as well as the way that people assess their difficulties, greatly influence the extent to which individuals use healthcare services<sup>17</sup>. Studies also show that vulnerable populations have trouble recognizing the warning signs of illness as a result of their lack of cultural capital, specifically their low level of education<sup>15,29</sup>. Previous studies have found that some men have difficulty experiencing intimacy and expressing it to others<sup>18,19</sup>. However, none show, as we have, that when people are confused about their problem, they feel unable

to express their malaise, they can experience feelings of absurdity and shame—feelings which then prevent them from seeking help. Worth noting beyond this explanation is our interviewees' critics of the taboos surrounding mental illnesses and of the lack of information on the subject.

While the fear of being blamed for one's illness has been reported as one of the factors that explain the decision not to use services<sup>16,30,31</sup> our study seems to be the first to identify sufferers' belief that their suffering is of their own doing,—so the internalization of blame, as an explanatory factor in its own right. Other authors have however also observed that the fear of a diagnosis can lead individuals to deny their problems and avoid seeking help<sup>15,31</sup>.

Regarding men's assessment of the seriousness of their problems, our results corroborate findings explaining that people can normalize their symptoms by comparing them to the worse symptoms of members of their entourage<sup>30</sup>. Various psychosocial mechanisms, such as mental protection or the bias of optimism can explain why men minimize the risks associated with their problems<sup>15</sup>. It could be linked to a lack of a positive conceptualisation of health<sup>30</sup> or the low priority given to health<sup>32</sup>. In addition, resistance to suffering and refusal to complain may be more widespread in less advantaged populations, for whom a stoic attitude can be a point of pride<sup>15</sup>. Further investigating these considerations among men experiencing poverty would be worthwhile.

Finally, studies have documented that the tendency to underuse services or to use them only as a last resort can be a function of poor living conditions, which in some cases translate into the fight for survival. Such conditions make it impossible for people to use services even for their most basic needs and cause users to relegate questions of health to the back seat<sup>15,17,32</sup>. But although it may seem intuitive that a state of disorganization prevents a lucid assessment of problems and inhibits help-seeking, we found few studies<sup>10,33</sup> that recognized this meaningful aspect of our findings. In contrast, many researchers have observed the association between poor self-esteem and renouncement to use services: Bazin et al (2006)<sup>32</sup>, for example, show that the loss of self-esteem is often accompanied by a diminishing desire to take care of oneself and, by extension, to seek care.

**Non-uptake of services because of men's difficulty seeking help.** With several men reporting having problems seeking help, the act itself of help-seeking emerged as a main reason for men's non-use of health and social services. We present this phenomenon from two viewpoints: men's feeling that they are powerless to ask for help, and men's pride and social norms.

*Feeling powerless and incapable of seeking help*

*Sometimes, the resources are there, but you feel powerless ... In my case, it's feeling powerless to go get help... That's my problem. (P22)*

Some respondents explained that they felt powerless to seek help and incapable of beginning the help-seeking process. Participants in one group discussion concluded that not everyone has the same ability or confidence to ask for help. This lack of confidence, accompanied by feelings of embarrassment, springs from difficult experiences.

*It's embarrassment... How can I explain it? There are plenty of people who are hungry or who are suffering, they could go to centers or services but they are too embarrassed ... "Oh! I can't go there, what would people think of me?" [...] It's not necessarily pride, it's more a lack of confidence. (GD1)*

*Difficulties in expressing their feelings and trusting others are additional reasons why men do not use services.* Men explained that they were not used to expressing themselves: many stated that their family of origin had not encouraged them to do so. Others spoke of a general mistrust of other people and of emotional blocks related to recurring trauma, such as physical,



psychological, or sexual abuse. One explained in the following terms why he did not seek help when subject to repeated violence:

*No, because I was blocked at some level. [...] Already, I was blocked because any time that I tried to assert myself, I got the strap. [...] That's how it worked at our house. [...] The more I got hurt, the less I talked, the less I bothered anyone. I kept everything inside, but I got it out another way [...] in drugs. (P22)*

Four men referred to problems of socialization—the intense mistrust of other people and a general difficulty to relate to others—as a reason for their reluctance to use assistance:

*No, I didn't consult anyone because I felt that I was too affected [cries]. I didn't dare. I've been abandoned all my goddamn life. [...] You know, never once in my life has someone listened to me. You get fed up. You feel like an abandoned dog. [...] Me, I don't trust people. They pretend, they hide the truth. [...] Maybe I should get used to talking... [...] I don't trust people. (P8)*

These men's mistrust of institutions is related to past experience. Some mistrusted all public services, others only services related to health. Two men whose lives had been punctuated by negative experiences with health care stated that they had not seen a doctor for several years (10 and 15 years, respectively). They had not had a public health insurance card<sup>31</sup> for some time and declared “*wanting to know nothing*” about the healthcare system. Several mentioned their feelings were less negative when it came to community groups.

### *Having pride and conforming to masculine social norms*

---

<sup>31</sup> In Quebec, a public health insurance card is freely and easily available; it entitles the bearer to free health care in any clinic, doctors' office and hospital.

*Sometimes, the resources are available, but I don't go out of pride. (P11)*

*I am too proud to go looking for help. It's hard for me to "swallow my pride" enough to go get the help I need. (P15)*

Several men indicated that their pride prevented them from using assistance: *"I'm not the type of person to ask for help."* Their accounts revealed pride in *"coping on my own"* to solve their problems. For instance, some men took great satisfaction in recounting how they diminished or ceased their consumption of drugs or alcohol without external aid. For them, autonomy and independence appeared vital. They wanted to avoid drawing on assistance as much as possible, in order to avoid being or seeming dependent. Many associated seeking help with incompetence and dependence, as exemplified by the following comments:

*Let's say they tell you, "OK, go to the CLSC." So then, at a certain point, you go [and the doctor says] "No problem, I'll take care of that for you." So then you get a diagnosis, you follow it. You stick to your diet, fine. Then there's another problem: "OK, go to the garage, they'll fix it for you." What use are your hands at the end of the day, if you go consulting everybody on the face of the earth? It sucks. [...] Sure, you can go get help, sure, you'll get help, but if you do that, what will you feel you're worth? (P22)*

These men did not want to seem like *"beggars,"* like *"weaklings"* or like people who *"abuse"* the system, especially when it came to psychosocial problems. While some evoked social norms, others explained their attitude in terms of dominant attitudes about masculinity. Some qualified their pride as *"male"* in the sense that masculine norms stipulate that a man should manage on his own, should not cry and should not show weakness. Most men stated that this prompted them to decide against asking for help in moments of stress. The extent of the influence of these models of masculinity, articulated widely in our society, is quite clear in this excerpt from a discussion group:

*P1: Men are too proud.*

*P2: Yeah, and it gets taught in childhood: men don't cry ... "You must be pretty stupid not to be able to do that." [...]*

*P3: "I'm a guy," like he [another participant] said , "and guys don't cry." You know they taught him that, they taught me that too. My father: "Guys don't cry. If you cry, I'll give you something to cry about." Then it would be the strap, my father gave me the strap, he would grab his strap like this and he'd teach me a lesson [inaudible] with my hand, you know, I'd have to put my hand up like this [speaker puts up his hand to protect his face]. In my day, that's how it was done. I'm 46 years old. (GD 6)*

Finally, our respondents found some problems to be particularly shameful, making it harder than ever to consult professionals and “swallow their pride.” This shame seems particularly related to financial problems, sexual problems, abuse or exploitation, conjugal violence or other conjugal difficulties, and mental illnesses that ranged from phobias to suicidal ideas. As one discussion group participant observed, “*It's not the same as if you hurt yourself working at the plant.*” Men are more fearful of the criticism of others, both professionals and members of their entourage with these types of problems:

*That was when I lost my business [...] It was after that, that was when we separated. That's when I really needed it. I was really at a new low. I would have liked ... (silence). Yeah... I couldn't ask anyone for help, it was my neighbourhood, it's everyone, you know, it was all people I knew (P11).*

Several men exposed the taboos, the lack of understanding and the prejudices that surround psychosocial problems and suggested that paying more attention to negative attitudes towards this type of problems would go far to improve their capacity to seek help.

*Men asking for help: discussion.* While our results about seeking help corroborate the results of other studies, they also nuance them and contribute new information. In a literature review, Dixon Woods and colleagues (2005)<sup>30</sup> found that the poorest and least educated people have the most difficulty formulating and expressing requests for help in a credible manner because they are the least able to supply abstract explanations and are less verbally active. In addition, they are more likely to feel intimidated by the social distance between themselves and the professional and are less likely to negotiate with the professional. Interacting successfully with an institution requires understanding its codes enough to orient oneself, conform to its norms, and meet the expectations of the other players<sup>33</sup>.

Similarly, our respondents reported feeling powerless and agreed that not everyone had the confidence and the skills required to ask for help. Our results add new material when in discussing these barriers to help-seeking, our respondents referred to difficult moments they had experienced at school, in their family lives, and elsewhere. Rode (2010)<sup>15</sup> found that desocialization, difficult living conditions and exclusion were significant handicaps and Paugam (2005)<sup>34</sup> has evoked the long-term influence of social and family-related difficulties in childhood on an individual's poor confidence in institutions—the hallmark of a rupture in the bond of citizenship at the individual level. But neither author made the link, as our respondents did, between past hardships and the non-use of services later in their lives.

In addition to these factors, which influence men's help-seeking behaviour over the long term, social norms, particularly masculine norms, also have an impact. While omnipresent in the literature on masculinity<sup>20,21</sup>, the effect of these norms—upon which our respondents insisted—is practically absent from the literature on the non-uptake of care. Yet to ask for help is totally opposed to the learning experiences of traditional masculine roles. As Dulac (2001)<sup>19</sup> and many others<sup>18</sup> have stressed, traditional masculine socialization exalts independence and stigmatizes help-seeking. It is therefore unsurprising that a significant number of men should have cited autonomy when explaining their decision not to use services. Furthermore, although our respondents did not mention it, it is possible that the desire to figure things out on their own also reflects habits learned within the family. Indeed, authors have found that family behaviour with regard to care tends to reproduce itself<sup>17</sup>.

Finally, our findings unveiled social prejudices against some of the psychosocial problems suffered by our respondents. These prejudices can cause certain services to be stigmatized or stigmatizing, leading men to avoid using them. Other studies have documented similar phenomena, causing authors to discern a kind of identity-protection mechanism whereby not engaging in services becomes a way to resist being identified as unstable or part of a vulnerable population<sup>14,33</sup>. For others, feelings of failure, guilt and the effort required to use the resources explain their delayed use or non-use of care<sup>14,33</sup>.

**Non-use as a function of service offer.** Finally, the third central theme that emerged from our analysis of respondents' reasons for non-use concerned their relationship to health and social resources themselves. In this regard, men's reasons for non-use can be grouped in three categories: ignorance about resources; economic, organizational or geographic obstacles to access; and mistrust or scepticism of health or social assistance the services could offer.

*Ignorance about resources.* Several men explained not having used resources because they didn't know about them or didn't know enough about them or how to access them. These explanations did not come up with regard to physical health, but were mentioned several times with respect to psychological stress provoked by psychosocial or material problems, such as abuse or economic hardship.

Men's explanations regarding their ignorance of the healthcare system were most interesting. They first deplored the failure of the healthcare system and of the grass-roots community organizations to circulate information about programs and services and ways to navigate the labyrinth of resources. Some said that information had been lacking in their families and schools as well.

*Yes there are resources, it's true there are resources, but you know it's easier to use resources when you know about them, they gotta tell you about them! [...] Yeah, I never had a lot of information, the only information I ever got was "Shut up!" Anyway. "Here's a quarter, go to the pool." (P22)*

Others—especially those who had been the victims of violence (physical, psychological and sexual abuse)—brought up the social isolation they had experienced as children. They explained that their entourage was devoid of helpful adults who might have noticed that they were experiencing hardship. The effects of this lacuna were worsened by inadequate help at school. One respondent thus contextualized his suicide attempt when a youth:

*I was at a point where the idea of disappearing wasn't all that bad. Completely disappearing [...] Yeah, I'd had enough, my grades were in the tank, with my sister we were fighting all the time, my mother wasn't talking to me anymore, and her boyfriend—every time I was alone with him he would insult me, he'd really just destroyed me inside, I just wanted to end it all [...] School had nothing to offer. The teachers had too much on their plate. I didn't know where to go. (P21)*

The men also brought up the lack of information available from their social networks and their workplace throughout their adult lives. After having survived three armed hold-ups when working at a gas station, one respondent had still not received help from his employer, nor had he consulted a professional. In great distress, he found himself living on welfare for five years, suffering from depression and panic attacks without knowing what they were:

*There was nothing. I didn't know what to do. I didn't know where to go. [...] I didn't even know about unemployment benefits; I might have qualified for some kind of compensation or something. I didn't even ask, I had nothing. I had no resources, nothing. I quit my job, I just quit. [...] I was isolated. [...] I kept everything inside. [...] Then I went into full-fledged depression. [...] And I didn't know who to ask for help. (P9)*

Others explained that struggling to survive left them little time or energy to explore possibilities for assistance:

*When you're living in poverty, you don't have time to find out about programs, about resources. You have to figure out how to get money, you have to shop for specials, find food... Surviving's like a full-time job. (GD4)*

*Financial, organizational or geographic obstacles to accessing assistance.* Respondents mentioned several financial obstacles to explain their delay in use and non-use of health and social services. Some said that at some periods, the cost of travelling to facilities had been an important barrier. Not having a permanent residential address or being able to afford a residential telephone line was another source of shame that complicated the help-seeking process, sometimes to the point where the respondent gave up. Men stated that except for hospital emergency rooms and walk-in clinics, the healthcare system requires that appointments be made and confirmed by telephone.

They also mentioned the cost of special treatments, of membership in support groups, and of psychological therapy as an obstacle. The following passage, in which a respondent recounts his conversation with a hospital nurse, illustrates this phenomenon:

*So then, she says, "Go to the CLSC near you. Find a family doctor and ask him about resources to get in touch with Phobie-Zéro<sup>32</sup>, they'll help you when you have a crisis." But it took me three months to sign up for Phobie-Zéro because it cost 20 bucks and I didn't have it. (P9)*

---

<sup>32</sup> Phobie-Zéro is a support group for people suffering from anxiety or obsessive-compulsive disorder.

Two respondents spoke of the cost of renewing their health insurance card (around \$20); two others mentioned that they had not been on welfare long enough for Quebec's public health insurance plan to cover the cost of certain health services, such as optometry.

Administrative criteria were other important obstacles. Respondents frequently brought up limited opening hours and admission criteria related to age, gender, place of residence or type of problem. They explained that often they were left in a grey zone because they did not satisfy services criteria: *"If I don't shoot up, if I don't beat my wife, if I don't drink, if I'm not 30 anymore, but I'm still not doing well... where do I go?"* And, *"I'm either too sick to qualify or not sick enough."*

Finally, many exposed the lack of family doctors and the impossibility of obtaining an appointment with a general practitioner. They also mentioned geographic barriers, stating, for example, that services for the homeless were concentrated in downtown Montreal, leaving few psychosocial services outside main urban areas.

*Negative experiences with resources in the past.* Several men stated that they had not consulted institutional or community resources out of a mistrust that stemmed largely from past unhappy experience. If some respondents seemed to generalize this mistrust to society as a whole, most limited it to certain types of services or kinds of professionals. Our respondents cited a number of situations that they wished to avoid replicating: experiencing discrimination; not being listened to, heard and understood; not having their confidentiality or anonymity respected; losing their apartment, their job, custody of their children, etc.; losing faith in the aid that was being offered; and not having their problem recognised. We present in more detail four of these considerations.

In terms of experiencing discrimination, several men avoided using resources because health professionals or social workers had judged, scorned or stigmatized them on account of their poverty, their addiction, their intellectual deficiency or their sexual orientation. Most



respondents had at one point been blamed for their problems and were wary of experiencing judgment anew. Some also saw certain resources as degrading and shunned them so as to avoid being labelled: their remarks revealed their determination to avoid being classified as part of the clientele that uses those resources normally.

With regard to not being listened to, heard or understood, one respondent offered the following testimony:

*You don't know what to do with it anymore, who to talk to, it hurts, it's like a weight within yourself. At a certain point, you don't know where to go anymore... who to talk to... Who's going to listen to me? Who's going to understand? (P8).*

Several men had had experiences with assistance resources where they felt neither listened to nor understood. They told of numerous episodes where their contact with professionals was cold and impersonal and where their problems had been minimized and not validated. So even though their current problems prevented them from working or taking steps to reintegrate their normal social and professional lives, they did not seek help for fear that professionals would once again silence them, ignore them, or treat their problems as trivial. They applied this reasoning to both their physical and their mental illnesses.

Men also deplored the dearth of space and time for talking to professionals, who often showed little empathy for their situation. They mentioned drop-in clinics on several occasions. One man described them as “*express clinics*”:

*In the old days, the doctor, the family doctor would talk about anything: “So how are the kids doing [inaudible].” Now, I'm telling you, it's “Tell me what's wrong, I don't have time to lose, I got another client waiting outside.” The human side is gone. It's not their fault, they*

*don't have time, it's too much, there are too many, there are too many cases, not just, there are cases of sickness, sickness has psychological effects too. (P15)*

Several respondents felt that health professionals no longer had the time to listen to patients' health complaints, offer advice or practice prevention. They felt that the system was primarily designed for medical emergencies. Given this situation, they explained that it was pointless to make appointments for their “*unimportant*” health problems and that they were better off waiting for the problems to become more serious. Others preferred avoiding being ridiculed for their difficulties or being labelled as abusing the system:

*OK if I break my leg or something, but for anything else, no way! You'd have to be pissing blood to get any attention nowadays. [...] They'll tell you that it's not an emergency and they'll send you home after you've waited for eight hours. [...] Honestly, who do you think's going to listen to us describe our aches and pains, our suffering, our struggles to make ends meet... Nobody gives a shit. [...] Nobody has the time to listen to you or to give you advice anymore. (GD5)*

Finally, some men lamented the non-recognition of psychological suffering and the refusal of help when the problem didn't fit into strict medical classification:

*The psychiatrist looked at me and said, “Mister [inaudible], we've been talking for an hour now, we've have people who are a lot sicker than you.” Ouf! So that's what he throws at me. [...] The worst thing is that he's probably right. [...] So if that's how it is, I'll figure it out on my own. (P18)*

Some men said that they no longer sought help during moments of psychological stress because when they had done so in the past, professionals had judged that their problem did not warrant care such as an appointment with a psychologist.

Several respondents pointed to violations of anonymity and confidentiality as a reason why they did not use services.

*You know on top of it all I was sexually abused when I was 5 [...] It haunts me, it's like a weight that I drag along, it keeps me from functioning [...] I would never talk to a man about it, I'd rather talk to a woman, you know to try to get over it and all that. [...] But not just anyone. [...] You know, someone like you who doesn't judge and will keep it to themselves. Shrink and doctors, I don't trust them. They've betrayed me before (P20).*

Others spoke of violations of confidentiality on the part of community groups. One said that community workers often lived in the neighbourhood and were not bound by rules of confidentiality. Others reported experiences where they had taken part in group interventions where other participants had not respected the rules of confidentiality. One man said that he no longer wanted to attend self-help meetings like those of Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous:

*No, I'm not able (voice trembling with sadness). Because it would mean showing my weak side, it would make it easier to take advantage of me later. It's happened to me before, you know. [...] I've had all kinds of problems with that... No, no, I don't want anything more to do with that. (P22)*

Finally, several men had lost faith in the assistance offered and strongly doubted being able to access the help they needed from the resources available. For some, this doubt sprang from their observations of those around them, for example as regards drug use:

*No, no, no, I never saw anyone for that. I never, no, never, never. [...] You know... you know, I've had friends who have gone to detox, who went to detox four, five times, and they're still doing drugs! So if it were as good as all that, the relapse rate wouldn't be so high now would it?(silence) (P17)*

But most men's lack of faith stemmed from their own experiences. Many respondents had experienced errors in treatment, treatment that they considered superficial and incomplete, discontinued care, refusals of treatment, or interventions that had stigmatized and dehumanized them. These experiences disillusioned them and explained their decision to avoid using services thereafter. This was particularly true for problems related to psychological stress, drug and alcohol abuse, and violence, for which respondents underlined the inadequacy of the services offered by institutions and community groups.

Men felt it regrettable that psychiatric treatment only focussed on controlling symptoms with medication and did not explore the roots of patients' troubles through a more analytical approach. *"They wanted to kill my craziness; I wanted to understand it."* (P10) One respondent stated that he no longer consulted mental health practitioners because their aid had only worsened his situation. Upon leaving a psychiatric institution where he had been treated for major depression, he actually found himself to be homeless:

*It didn't even help, instead of helping me, it sunk me [inaudible] [laughs]. "You want pills, here you are, we'll give you pills! Here, take 'em! Have some smarties!" [inaudible] But it didn't make things better for me, I couldn't function, I was completely disconnected from reality (P16).*

This alarming propensity to prescribe medication without regard for patients' reality deepened many respondents' conviction that resources were useless:

*What they suggested to me, whether in hospitals, or wherever, was always medication, even antidepressants. [...] I took an antidepressant because the psychologist told me, because the psychiatrist told me, "This will do you good." I really wasn't myself anymore. I looked like a zombie. Just to recover from that dose took me days! So I thought about it and I had my answer right there: this is not for you. And then I left, and then no. That's when I realized that I had really strong inner potential and that it was a waste of my time to go somewhere I didn't need to go. (P18)*

With respect to community resources, respondents judged several interventions, presented by way of therapy, to be “*bogus*.” Such therapy is often conducted in groups, as the lack of staff and the difficulty of guaranteeing continuity of care makes it impossible for patients to be seen one-on-one. Respondents also spoke of the lack of availability of staff members of community facilities, which they qualified as “*overwhelmed*”—a situation that explains their high staff turnover. This turnover fractures the relationship of trust between patients and staff, leading many men to cease engaging with the facilities in question. Finally, some community facilities which men recognized as having been helpful had shut down on account of insufficient financing or of services reorganization, leaving many users stranded.

*Men's experiences with the offer of resources: discussion.* Studies of disadvantaged populations have shown that ignorance of the healthcare system explains a large part of the non-uptake of services<sup>15,17,30</sup>. In our study, this ignorance—especially as concerns psychosocial disorders—explains non-uptake as well. Our findings reveal several causes for ignorance: a lack of publicity on the part of the healthcare system, insufficient information in respondents' environment, social exclusion and isolation. We also found that ignorance was worsened by economic and organizational barriers. Using healthcare services requires considerable personal effort: people must mobilize a range of material, financial and social resources, the lack of which leads members of vulnerable populations to retreat from seeking care<sup>8,15,30</sup>. Most of these barriers are all the more perverse because to a professional little acquainted with the realities of poverty, they can seem insignificant and unworthy of consideration or can, in some cases, bring about stigmatization. Furthermore, a weak social network—or worse, no social network—is of no use in transmitting information or inciting or

supporting an individual's engagement with a resource or a service. Transportation, even public transportation, represents an expense that many men cannot afford, living as they are on social benefits that hardly cover their basic needs. In addition, because certain community facilities are underfinanced or not financed at all, they sometimes ask for a contribution which, however small, is prohibitive for many men who must then stop availing themselves of the assistance or refrain from using it in the first place.

The information we gathered also testified to difficulties the users experienced when interacting directly with resources—difficulties that many studies have recorded as causing them to renounce using services. Past negative experiences with the healthcare system have an important effect on users' current perceptions and explain part of their refusal to use resources<sup>11,16,17,31</sup>. People hesitate to use services that they see as of poor quality, ineffective or hostile<sup>30</sup>. In a recent study, users saw public services as representing a risk rather than a benefit to their well-being<sup>16</sup>. Negative experiences with services and the fear of being misunderstood, judged, or discriminated against; of not being able to protect one's confidentiality and anonymity; and of experiencing loss (e.g. losing custody of one's children) were cited by other studies of people in poverty to explain their refusal to use services<sup>6,11,16,31</sup>.

Finally, our results show that many men considered that the healthcare services, particularly services for psychosocial problems, were both inaccessible and poorly adapted to their needs. Their thoughts in this regard echo studies that have found that service offer is poorly matched to the psychosocial and mental health needs of vulnerable populations<sup>11,31,35</sup>. Other research<sup>11,36</sup>, similarly shows that the biomedical orientation of psychiatric services and care is inadequate and is centered on prescribing medication.

## **Conclusion**

The results of this study although it was exploratory, shed light on the reasons why Montreal men experiencing deep poverty do not seek assistance from local resources. The type of research we conducted—more particularly, our recruitment methods and the size of our sample—meant that we could not plumb all of the reasons for men's behaviour. Our research

took place in a restricted environment, with a small sample of participants recruited by a single community center. But while these characteristics of our study limit our ability to generalize our findings, many of our results remain relevant and transferable to other community groups and health and social service facilities that serve men experiencing poverty in similar urban areas in Canada. Indeed, when we validated our results in discussion groups, the study participants judged the results to be both credible and relevant. In this way, our results meet criteria of sound qualitative research<sup>25</sup>.

A second limit to our study was that men's non-uptake of services was only one of many subjects we explored in the interviews and discussion groups. Our respondents did not have the opportunity to describe all the instances of non-uptake they had experienced. It would no doubt be useful to conduct research on this sole issue. As it was, our analysis was not as detailed as the analyses of studies dedicated to exposing the care trajectory of people suffering from precise ailments.

We recognize not having covered all possible reasons for respondents' non-uptake. But, the subject of this study is usually considered from a precise, but limited, angle and very rarely from the perspective of the parties most concerned, the men themselves. Because of this, our decision to use qualitative methods and give a voice to men experiencing poverty, has allowed us to stretch the boundaries of our understanding of the phenomenon. Giving our interviewees the chance to analyze their own situation produced insight that, as we have seen earlier, nuances our understanding and articulates new elements and fresh avenues for practice. We feel certain that the information we gathered suggest a different perspective and make a new and significant contribution.

Insofar as these new elements are concerned, our results indicate that to promote the uptake of services, we cannot limit ourselves to trying to change users' individual behaviour. This study allowed us to observe, as others have done<sup>35</sup>, that certain behaviour on the part of an individual can be either encouraged or discouraged by the actions of professionals. It is therefore clear that we need to also work on professionals' behaviour. At the same time, we

cannot ignore the effects of programs and policies affecting the health and social resources themselves. As Lombrail (2004)<sup>1</sup> shows, healthcare systems that fail to recognize the needs of certain people make access unequal “by omission,” while programs that do not account for inequalities make access unequal “by construction.”

It is therefore urgent that we pursue our reflection on the stigmatizing, discriminatory, guilt-inducing and disqualifying aspects of healthcare systems, as well as on the system’s role in generating poverty, exclusion and health inequities<sup>5,37</sup>. Current thinking has concentrated on gender, race and disability, rather than on poverty and social status<sup>38</sup>. We must question the legitimacy of programs and policies in terms of their effectiveness and their ability to facilitate or inhibit the uptake of services by marginalized groups, especially with regards to psychosocial problems and mental illness. Improving the competencies of health professionals and other resource-people to understand the social dimension of such problems and intervene appropriately is a growing concern<sup>38,39</sup>. Large-scale interventions for combating prejudices against marginalized groups more effectively, such as awareness-raising campaigns, are also required.

Our results also confirm the importance of conducting outreach activities, implementing accompaniment programs founded on a policy of closeness, and adopting an approach that promotes empowerment<sup>40</sup>. To achieve these goals, a promising avenue—albeit one that has not yet been sufficiently explored—would be to work with those concerned to develop strategies that respect the reality of men and women in different social and cultural contexts<sup>40</sup>.

This said, no measure would be complete if it did not pay greater attention to the more profound reasons for respondents’ condition: namely, the abuse, violence, poverty, and discrimination that they have experienced and continue to experience. In this regard, we agree with Pauly and colleagues’ (2009)<sup>37</sup> argument that equitable access to services cannot be resolved by non-oppressive and indiscriminatory professional behaviour alone, but that “attention is required to structural injustices that act as barriers to health care services such as addressing the stigma and discrimination experienced when accessing health care services by



those disadvantage by their social positioning in relation to class, gender, ethnicity and so on” (p.119).

It is obvious that these conclusions call for more research and new interventions. In this regard, our study leaves us with the conviction that directly involving people experiencing poverty in the design, implementation and evaluation of research, interventions, programs and policies may not be common practice, but is most definitely valuable.

### **Acknowledgments**

We greatly appreciate the men whose generous participation made this project possible as well as the dedication of the staff of the community center. We thank Jennifer Petrela for her translation of the article and Robin Couture for his helpful comments. We also thank the FRSQ and the Fondation Lucie et André Chagnon for their financial support of the primary author's doctoral studies

### **References**

1. Lombrail P, Pascal J, Lang T. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, Société et Solidarité. 2004 2:61-71.
2. Hutchison B. Disparities in Healthcare Access and Use: Yackety-yack, Yackety-yack. Healthcare Policy. 2007 3(2):10-8.
3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé. Ottawa: Ministère de la santé, 2005.
4. Curtis LJ, MacMinn WJ. Health care utilization in Canada: Twenty-five years of evidence. Can Public Pol. 2008 Mar;34(1):65-87.
5. Reid C. The wounds of exclusion: Poverty, women's health, and social justice. Edmonton AB: Qualitative Institute Press, 2004.
6. Loignon C, Bedos C, Sevigny R, Leduc N. Understanding the self-care strategies of patients with asthma. Patient Educ Couns. 2009 May;75(2):256-62.

7. Stewart M, Reutter L, Makwarimba E, et al. Determinants of health-service use by low-income people. *Can J Nurs Res.* 2005 Sep;37(3):104-31.
8. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, et al. Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy.* 2006/3;76(1):106-21.
9. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med.* 2003 DEC;57(11):2089-99.
10. Roy S, Morin D, Lemétayer F, Grimard C. *Itinérance et accès aux services: problèmes et enjeux.* Montréal, 2006.
11. Anderson CM, Robins CS, Greeno CG, Cahalane H, Copeland VC, Andrews RM. Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: Perceived barriers to care. *Qual Health Res.* 2006 Sep;16(7):926-43.
12. Hart A, Freeman M. Health 'care' interventions: making health inequalities worse, not better? *J Adv Nurs.* 2005 MAR;49(5):502-12.
13. Malenfant R, M. L, Jetté M, White D. *Étude de trajectoires liées à la pauvreté. RIPOST; Rapport de recherche.* 2004:87.
14. Rode A. *Le non-recours aux soins de santé chez les populations précaires. Une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux.* Grenoble: Odenore; 2005.
15. Rode A. *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.* Grenoble: Institut d'Etudes Politiques de Grenoble; 2010.
16. Canvin K, Jones C, Marttila A, Burstrom B, Whitehead M. Can I risk using public services? Perceived consequences of seeking help and health care among households living in poverty: qualitative study. *J Epidemiol Commun H.* 2007 NOV;61(11):984-9.
17. Chauvin P, Parizot I. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables.* Paris: Editions Inserm, 2005.

18. Tremblay G, L'Heureux P. Psychosocial Intervention with men. *International Journal of Men's health*. 2005 4(1):55-72.
19. Dulac G. *Aider les hommes...aussi*. Montréal, 2001.
20. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*. 2005 Mar;49(6):616-23.
21. Ruxton S. *Men: masculinity and poverty in the UK*. Oxford: Oxfam GB, 2002.
22. Strier R. Gendered realities of poverty: Men and women's views of poverty in Jerusalem. *Soc Serv Rev*. 2005 JUN;79(2):344-67.
23. Dupere S, De Koninck M, O'Neill M. Rouge, jaune, vert...noir: être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. *Recherches sociographiques*. in press.
24. Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires: entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et politiques*. 2009 61:149-58.
25. Deslauriers JP, Kérisit M. Le devis de recherche qualitative. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, eds. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaetan Morin Éditeur Ltée; 1997:85-112.
26. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994 23:147-81.
27. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications Ltd., 2006.
28. Bertaux D. *Le récit de vie: l'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin, 2005.
29. Bernard P, Raynault M. Inégalités sociales de santé: feux, contre-feux et piliers de bien-être. *Santé, Société et Solidarité*. 2004 2:49-58.
30. Dixon-Woods M, Kirk D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J. *Vulnerable groups and access to health care: a critical review*. London: NCCSDO; 2005.

31. Neale J, Tompkins C, Sheard L. Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health Soc Care Comm.* 2008 Mar;16(2):147-54.
32. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncements aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne. *Sciences sociales et santé.* 2006 24(3):11-32.
33. Parizot I. *Soigner les exclus.* Paris: PUF, 2003.
34. Paugam S. Les différents liens sociaux et leurs ruptures. In: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables.* Paris: INSERM, 2005.
35. Dowrick C, Gask L, Edwards S, et al. Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *BMC Health Services Research.* 2009 9(1):226.
36. Ramon S. Inequality in mental health: the relevance of current research and understanding to potentially effective social work responses. *radical psychology.* 2007 6(1):1-20.
37. Pauly BM, MacKinnon K, Varcoe C. Revisiting "Who Gets Care?" Health Equity as an Arena for Nursing Action. *Adv Nurs Sci.* 2009 Apr-Jun;32(2):118-27.
38. Gupta A, Blewett J. Involving services users in social work training on the reality of family poverty: a case of a collaborative project. *social Work Education.* 2008 27(5):459-73.
39. Loignon C, Haggerty JL, Fortin M, Bedos CP, Allen D, Barbeau D. Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *BMC Health Services Research.* Mar 25;10.
40. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

## **Chapitre 6 : Recommandations et suggestions tirées des propos des hommes rencontrés pour lutter contre la pauvreté**

Ce chapitre vise à présenter les recommandations et les suggestions des hommes en matière de lutte à la pauvreté et répond ainsi à notre troisième objectif de recherche qui était de proposer, à partir des savoirs d'expérience recueillis, des pistes d'interventions pertinentes.

Il est important de rappeler la manière dont nous avons recueilli ces propos afin d'apprécier les résultats présentés dans cette section. Nous avons réservé un moment dans chaque entrevue individuelle pour que les hommes développent, à partir de leurs expériences, des propositions pour améliorer leur situation et celles d'autres hommes en situation de pauvreté (voir le guide d'entrevue en annexe E)<sup>33</sup>. Lors des groupes de discussion qui ont eu lieu à la suite de notre analyse des propos individuels, ces propositions ont été discutées et bonifiées. Nous avons mené ces discussions à l'aide d'un outil d'éducation populaire que nous avons adapté et intitulé « Charlot Laforce ». Cet outil est décrit plus en détail dans les chapitres 2 et 5 et est présenté en annexe B. Le présent chapitre correspond à la section des pieds de Charlot, c'est-à-dire « ses recommandations pour avancer ».

Plutôt que de présenter une liste de recommandations, nous avons choisi de rapporter les propositions des hommes en les contextualisant. C'est-à-dire qu'en plus des propositions, nous avons rapporté l'essentiel de leurs propos quant à leurs besoins non comblés ainsi que les lacunes perçues sur le plan des programmes et des pratiques. Pour certains des éléments problématiques identifiés, les hommes ont émis des souhaits de changement sans avoir eu l'occasion de formuler des propositions élaborées. Nous aurions eu besoin davantage de temps pour raffiner davantage certaines recommandations avec les hommes. Néanmoins, pour plusieurs des éléments abordés, les hommes ont offert des solutions concrètes.

---

<sup>33</sup> Nous devons mentionner que certains hommes ont trouvé cette question exigeante et complexe. Plusieurs sont restés perplexes. Quelques hommes nous ont également fait part de leur amertume et de leur scepticisme : «Pour être franc, j'y crois plus». (P3). Malgré tout, tous ont fait des suggestions, sauf un homme qui n'a formulé aucune recommandation, affirmant plutôt que c'est aux hommes de se motiver et d'agir.

Les suggestions présentées ici nous semblent particulièrement intéressantes parce qu'elles proviennent directement des hommes concernés qui ont eu affaire, plusieurs fois dans leur vie, à des services d'aide institutionnels ou communautaires. Bien que des hommes en situation de pauvreté aient probablement formulé toutes sortes de critiques ou suggestions sur les services, il est à notre connaissance exceptionnel que ces propos aient été recueillis, puis mis en débat pour être approfondis et bonifiés avec ceux-là mêmes qui sont concernés. Des suggestions de cette nature méritent donc selon nous une attention particulière.

Elles se retrouvent sous les cinq catégories suivantes : 1 — Améliorer le revenu et les conditions de vie; 2— Favoriser l'accès à un travail décent et stable; 3— Intégrer la contribution des personnes hors du marché de l'emploi; 4-Améliorer la prise en charge des problèmes sociaux et de santé; 5 — S'attaquer aux pratiques discriminatoires.

## 6.1 Améliorer le revenu et les conditions de vie

Selon les hommes rencontrés, l'amélioration du revenu et des conditions de vie s'avère essentielle pour enrayer la pauvreté. Agir sur ces plans constitue un premier pas nécessaire dans une lutte sérieuse contre la pauvreté. Un participant l'a bien souligné, il est préférable d'agir en amont, directement sur le plan économique, plutôt que de gérer les conséquences de l'inaction. Cette action relève de la sphère politique :

*« Écoute il y a les inégalités sociales en partant... c'est ben évident que tout est à un niveau politique... il y a de la politique là-dedans... je ne t'apprendrai pas rien je pense dans ta recherche: les riches s'enrichissent et les pauvres s'appauvrissent... le taux de la durée de la vie à Westmount pis Hochelaga est pas la même non plus hein?... donc on n'a pas le même rapport à l'économie... juste le simple fait de respirer, on ne respire pas le même air ostie... Bon... C'est simple quand même hein?... pis tout ça c'est de l'économie pis de la politique. [...] C'est avant ça qu'il faut agir. C'est tout au niveau économique. Pis moi, c'est à ce niveau que j'interviendrais. Je fournirais directement plus d'argent [...] C'est la pauvreté : du linge que tu n'es pas capable de te payer, les autres ont des sorties que tu ne peux pas faire, la délinquance arrive là dedans... Ça prend deux temps trois mouvements. Tu sais, peu de relations, peu d'estime de soi... C'est la pauvreté, ostie! J'agis directement sur la pauvreté. C'est du cash, câlice! Il faut arrêter de faire du blabla pis d'inventer des osties d'intervenants qui font un salaire sur ta vie pis qui ne changent à rien dans ta câlice de vie. On intervient directement : commençons par le plus important! » (P3)*

À propos de l'amélioration du revenu, les hommes ont parlé de hausser les prestations d'aide sociale, de favoriser l'accès à l'assurance-emploi et d'augmenter le salaire minimum. En ce qui a trait à l'amélioration des conditions de vie, ils ont parlé de l'accès à des services de communication de base, à des services de loisirs, à de meilleurs services sociosanitaires, à des transports accessibles et à des logements abordables. Ils ont également insisté sur la diminution de la violence et la criminalité dans le quartier qu'ils fréquentent quotidiennement. Nous présentons en détail quelques-unes de leurs principales recommandations.

### **6.1.1 Améliorer le revenu**

Tous les hommes ont dit et redit l'urgence de hausser les prestations d'aide sociale, afin de sortir les personnes d'une situation de misère et de leur permettre de vivre « convenablement ». Plusieurs considèrent que les prestations devraient être assez élevées pour permettre non seulement de couvrir les besoins de survie, comme se nourrir ou se loger, mais aussi de couvrir des dépenses de base pour « vivre convenablement », pour pouvoir entreprendre des démarches comme retourner aux études ou chercher un emploi, et, enfin, pour réaliser des projets. Font partie de ces dépenses de base le transport en commun pour se déplacer, le téléphone, un ordinateur et Internet, l'achat de vêtements neufs, une coupe de cheveux. Comme l'illustre le passage suivant, les hommes exigent d'être écoutés, d'être réellement consultés et d'être respectés dans leur dignité. Ils souhaitent plus d'humanité dans les programmes gouvernementaux et les processus politiques :

*« Que le gouvernement soit plus humain. Qu'il soit plus attentif à ses citoyens, qu'il prenne le temps de les écouter, de comprendre leur position financière, d'arrêter de les abaisser comme des porcs qui s'en vont à l'abattoir pis qui ont un numéro, qu'ils prennent le temps de modifier leurs mosus de politiques, que ça aille selon le coût de la vie des... Tu sais, en général, les prestations pis le salaire minimum. » (P16)*

Quelques-uns ont parlé de la nécessité d'abolir les catégories à l'aide sociale, c'est-à-dire la différence selon l'aptitude au travail (ou selon la « contrainte à l'emploi »), qui commandent des niveaux de prestations différents. Au final, disent-ils, ces catégories divisent

artificiellement les prestataires, leur fournissent des revenus différents et alimentent les préjugés envers eux :

*« Ce n'est jamais par choix qu'on se retrouve à l'aide sociale, la personne vit nécessairement une difficulté. Tu sais, même ceux qui sont jugés aptes [au travail]. Au lieu d'écraser pis de juger, on ne pourrait pas essayer de comprendre pis de régler les problèmes avec la personne? » (GD6)*

D'autres suggèrent de revoir le processus de reconnaissance du statut « d'inaptitude au travail », qui augmente le niveau de la prestation, en soulignant sa complexité et sa lourdeur. Un homme a raconté avoir lutté pendant des années avant d'être reconnu comme « *inapte* » et deux hommes, rencontrés lors des entrevues individuelles, tentaient toujours en vain, depuis des années, d'obtenir ce statut. Le caractère arbitraire de la reconnaissance du statut d'inaptitude, reposant sur le seul jugement d'un médecin, a également été remis en question. *« Des fois, je me demande bien comment les docteurs font pour évaluer ça et pourquoi c'est eux qui ont le dernier mot. » (GD5)*. Un homme suggère même d'impliquer d'autres types de personnes et de professionnels dans cette évaluation : psychologues, spécialistes en toxicomanie, anciens prestataires de l'aide sociale, plus sensibles aux difficultés de la vie qui empêchent de travailler. Bref, *« du monde qui voient plus large, qui savent c'est quoi. » (GD5)*

L'accès difficile aux prestations d'aide sociale et d'assurance-emploi en raison des critères d'admissibilité, la paperasse interminable à remplir ou les périodes d'attentes avant la réception du premier chèque ont également été dénoncés, de même que les sanctions financières qui maintiennent les prestataires dans des situations intolérables de survie et de surendettement. Ils déplorent la philosophie sous-jacente aux règles en place : elle est pénalisante, axée sur le contrôle et les « coupures », plutôt que sur le soutien, la compréhension et la confiance, l'accompagnement. Au lieu de punir, un homme suggère au contraire d'inciter positivement, c'est-à-dire de donner de plus en plus de ressources à mesure que la personne fait des démarches :



*« Pis plutôt que d'avoir des politiques de couper les gens, plutôt avoir des politiques d'aider les gens... à se motiver... à faire des meilleurs budgets... à suivre des cours... aller chercher des choses qui...[...] Plutôt que de dire tu veux pas travailler on va te couper... ben ouais c'est beau..., tu fais juste d'appauvrir le gars un peu plus... il a déjà pas assez de moyens... » (P2)*

Par exemple, deux hommes avec contraintes à l'emploi, bien conscients qu'ils sont incapables d'occuper un travail stable en raison de leur condition de santé, souhaiteraient quand même que des gains de travail leur soient permis sans sanction. Ces activités rémunérées amélioreraient leur bien-être économique tout en étant valorisantes pour eux. De même, le bien-fondé des règles pour contrôler les dons de leurs proches (les dons des proches peuvent être un motif de diminution de la prestation) serait à questionner : « C'est juste les riches qui ont le droit d'être gâtés? »

Certaines politiques gouvernementales censées faciliter le retour au travail et, par là, un revenu décent, ne fonctionnent pas pour tous. Pire : elles entraînent un effet contraire à celui qui est recherché :

*« J'avais un beau logement, j'avais tout, esprit, pis j'ai tout vendu ce que c'est que j'avais dans le salon: tv, système de son, sofa, table de salon. Il est vide, juste pour payer mes dettes. Faut que je me trouve une job! C'est important. Ça me fait chier, parce que j'ose même pas aller au centre local d'emploi, parce que je me dis si j'y vas, j'accepte la job pis je la refuse, après ça ils vont me couper, je vais tomber encore plus dans le trou. Pis comme j'ai travaillé l'été passé pis que j'ai fait plus que 5000 \$, si je me trouve un emploi, j'ai pas le droit non plus au 500 dollars de retour à l'emploi, parce que j'ai fait plus que prévu pour eux autres l'année précédente... [sur un ton triste et las]. » (P9)*

Finalement, il est important de souligner que de nombreux hommes sont choqués par les abus et les fraudes à l'aide sociale; ils recommandent une surveillance accrue et une pénalisation plus forte. Ils expliquent que ces fraudeurs prennent l'argent qui pourrait profiter aux gens dans le besoin et contribuent à renforcer les préjugés sur les « BS » :

*« J'aurais été moins frustré de cette façon-là, si la loi serait appliquée pis qu'ils pinceraient les fraudeurs, pis qu'ils aideraient les gens qui en ont vraiment de besoin [...] Pis ceux qui en*

*ont pas de besoin pis qui fraudent le gouvernement, soit qu'ils les coupent, qu'ils réduisent... Y aurait peut-être moins de préjugés aussi sur nous autres. » (P 16)*

Il peut sembler paradoxal que plusieurs de ces hommes soient aussi parmi ceux qui dénoncent le plus vigoureusement le harcèlement et le contrôle du système d'aide sociale. En fait, selon notre compréhension, s'ils ne veulent pas être contrôlés, ils ne veulent pas plus être associés par préjugé aux fraudeurs. Ils veulent donc en tous les cas être respectés. C'est la complexité de cet enjeu qui soulève des débats entre les hommes et qui suscite, de la part d'un même individu, des propos qui peuvent sembler contradictoires.

### **6.1.2 Améliorer les conditions de vie**

Au-delà du revenu, d'autres conditions doivent être améliorées. Le raisonnement des hommes est simple et clair : *« T'as beau avoir plus de cash, mais si il n'y pas d'appart pis que les loyers coûtent une beurrée, t'es pas mieux. »* (GD 5) Les hommes suggèrent de s'attaquer en priorité aux politiques régissant la sécurité alimentaire, le logement, l'accès aux loisirs, la sécurité dans le quartier et l'accès à des services de base, comme le téléphone ou Internet. Ils ont proposé des modifications aux programmes et politiques et des moyens pour renforcer les services de dépannage, comme les soupes populaires ou les refuges, qui ne suffisent pas. En soulignant les dangers de la rue, quelques hommes ont parlé de créer des hébergements d'urgence dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, les services spécialisés pour les personnes itinérantes étant concentrés au centre-ville et, souvent, insuffisants pour répondre à la demande.

L'exemple du logement est sans doute le plus évocateur: il a été soulevé par la quasi-totalité des participants et donne une excellente idée du type de recommandations faites par les hommes pour améliorer leurs conditions de vie. Ceux-ci ont vécu de multiples problèmes en rapport au besoin fondamental d'avoir un toit sur la tête : impossibilité de trouver un logement; listes d'attente interminables pour le logement social et refus lorsqu'une place se libère; abus de pouvoir de la part de propriétaires de maisons de chambres ou de colocataires; logements insalubres et attentes interminables à la Régie du logement pour le traitement de

leurs plaintes; refus d'hébergement dans les refuges. Selon eux, de nombreuses mesures pourraient être mises en place pour améliorer l'accès à un logement adéquat, comme un meilleur contrôle des logements privés et l'augmentation du nombre de logements sociaux, sans oublier que des actions vigoureuses s'imposent pour assurer la salubrité des logements.

*« Là on est dans un quartier qui est dit populaire, là! Pourquoi ça te coûte aussi cher que ça? À cause de toute les milliers de condos qu'ils bâtissent dans place pis rien comme appartement ou HLM! [...] Non ça a pus d'allure. Il faut que la ville fasse de quoi [...] » SD « Donc ça, ce serait une de tes recommandations principales. Est-ce que y'a autre chose que tu vois? » « Ben... y a d'autres choses, mais que ça c'est par rapport au coût de la vie, les montants en flèche des appartements, y'a rien qui est régi, les propriétaires sont maîtres des lieux pis en plus, même encore ils ont encore plus de droits, parce qu'après que t'aies eu quelques problèmes, le propriétaire a le droit de te foutre le mois d'après dehors. [...] On a pus aucun droit. Ce sont les propriétaires maintenant qui sont les rois de Montréal. Donc les locataires qui joignent les deux bouts très difficilement sont à la merci du système, carrément » (P21).*

Si l'accès à un logement relève presque de l'exploit, s'y maintenir s'avère tout aussi difficile. Des hommes ont fait ressortir l'importance d'informer les locataires sur leurs droits et de faciliter l'accès à l'aide juridique en cas de problème. Par ailleurs, quelques hommes ont relaté leurs difficultés à trouver ou à garder un logement après un séjour en institution (hôpital psychiatrique, prison, centre jeunesse, etc.) en raison de problèmes financiers, psychosociaux ou de santé, mais, surtout, en raison de la discrimination de la part des propriétaires ou de l'entourage. Quelques-uns ont avancé qu'un soutien ou un suivi provenant de services sociosanitaires aurait pu faire la différence et ainsi peut-être leur éviter un épisode d'itinérance.

## **6.2. Favoriser l'accès à un travail décent et stable**

Les propositions de mesures visant à favoriser un travail stable, assorti de conditions décentes et d'une rémunération suffisante, ont été largement partagées par les hommes rencontrés. Avoir un travail est perçu par la majorité comme la voie par excellence pour sortir de la pauvreté, non seulement en raison du revenu qu'il procure, mais aussi pour les avantages qui sont associés au statut de travailleur, comme la reconnaissance sociale. Le travail est vu comme une source de fierté, de dignité, d'épanouissement et de réalisation de soi, en plus de briser l'isolement social. Les participants ont particulièrement insisté sur quatre grands axes :

1 — Développer et améliorer la qualité des emplois disponibles; 2— Améliorer les programmes d'aide à l'emploi; 3— Revoir les programmes de réinsertion au travail; 4— Adapter et développer des programmes pour les personnes éloignées du marché de l'emploi et celles qui vivent de l'intermittence en emploi.

### 6.2.1 Améliorer la qualité des emplois

Les hommes ont essentiellement fait valoir l'importance d'augmenter les bas salaires, dans la mesure où ils sont insuffisants pour assurer des conditions de vie décentes et sortir de la pauvreté :

*« Tu travailles, t'es pauvre. T'es su l'BS, t'es pauvre. Tu travailles, t'es pauvre! C'est quoi la joke là-dedans? Quand t'arrives que ton salaire comme X [métier], qui est un assez travail honorable, t'en a pas assez, ce n'est pas le luxe que je demande pour vivre, c'est juste le nécessaire. » (P6)*

*« La sortie de la pauvreté? Ben c'est sûr, ben y a plusieurs, y aurait plusieurs moyens, là, mais mettons un moyen ... ça serait de trouver un emploi qui te permette de vivre, là, qui ferait pas juste te garder dans un, dans une sorte d'esclavage pour, tu travailles pis t'as tout l'argent que tu rapportes, mais ça paye ton loyer, pis ça paye ta bouffe pis il te reste pus rien après là, pis tes comptes, pis tu sais. Fait que sortir de la pauvreté, ça serait vraiment de trouver un emploi où est ce que, que t'aime, que tu te sens bien dedans, pis que, qui te fait évoluer, là, qui te fait avancer dans la vie, mais aussi, que tu peux un peu profiter des bons moments de la vie, tu sais. Fait que, que ça soit les voyages ou ben donc la musique ou n'importe quoi, là, le cinéma... » (P16)*

Soulignant les dures réalités et les désavantages des emplois non syndiqués, contractuels, à temps partiel et saisonniers, plusieurs hommes ont émis le souhait que des emplois stables et de qualité, c'est-à-dire avec de bonnes conditions de travail, soient créés.

*« Donne-moi de quoi pour me sortir de l'aide sociale! Je suis plus regagnant d'être à l'aide sociale en ayant les médicaments, les dents, pis les affaires payées, que de travailler au*

*salair minimum. Y'a pas personne qui va vouloir quitter l'aide sociale comme ça, là! Pis à se faire bardasser aussi.» (P9)*

De nombreux hommes ayant vécu des expériences de harcèlement, de discrimination, d'exploitation et de violence dans le cadre d'emplois passés revendiquent de meilleures lois encadrant le marché du travail et assurant la protection des employés.

*« Moi je sais ça. Parce que je l'ai vécu. Si je n'avais pas vécu, je ne peux pas le savoir. Mais j'ai vécu. Je sais qu'il y a corruption totale ici au Canada. Y'en a. Mais y'a certains qui sont bien, mais pas tout le monde. Ceux que je connais, majorité d'employeurs, il s'enrichit par la corruption. Il faut arrêter ça. [...] Il faut agir là » (P7)*

Des expériences de discrimination ont également été vécues par les hommes rencontrés dans le cadre de leur recherche d'emploi, en lien avec leur statut social, leur âge, leur apparence physique. Ces hommes déplorent ces situations et revendiquent une lutte à ces injustices. Voici un court passage qui illustre cet enjeu :

*« Je trouve ça vraiment plate. Parce que, c'est ça, mettons je vas dans une compagnie comme mettons Coke, je vas m'inscrire, là, "Avez-vous de l'expérience" "Oui, j'en ai de l'expérience!" "Mais c'est secondaire cinq spécial ? Ah non, on peut pas vous prendre !" » SD « Pourquoi à ton avis ? » « Ça ils le disent pas.... c'est plate tu sais...je pense que c'est une question de préjugés[...] Ils te disent on en veut pas de ce monde là... c'est pas pour nous autres... tu sais on peut faire ben des affaires des fois mieux que quelqu'un qui a son affaire régulier... une personne qui a sa classe spéciale elle peut travailler mieux qu'une personne qui est dans son affaire régulier ... mais eux autres ben ils ne voient pas ça de même....[silence] [...] C'est pas juste...Il faudrait que ça change... » (P5)*

En lien avec ces expériences vécues de discrimination, d'abus et d'exploitation, les hommes recommandent d'améliorer l'accès aux ressources d'aide sur le plan juridique, mais aussi sur le plan psychosocial, ces expériences laissant des séquelles douloureuses. Selon eux, il serait souhaitable de mener des campagnes de sensibilisation sur la discrimination et l'exploitation dans les milieux de travail et de mieux informer les travailleurs sur leurs droits.

La perte d'emploi étant une épreuve souvent difficile à traverser, de nombreux hommes recommandent davantage de soutien sur les plans psychosociaux, juridiques et financiers. L'accès difficile à l'assurance-emploi, la lenteur ou l'absence de services d'aide pour se réorienter vers un autre emploi ou une formation ou encore pour résoudre un problème de santé qui les empêche de travailler ont été désignés par les hommes comme des éléments cruciaux à améliorer.

Par ailleurs, quelques hommes estiment que la situation précaire du marché du travail n'est pas propre au Québec et qu'elle découle de l'obsession de la croissance économique, de la mondialisation des marchés, bref, du modèle capitaliste dominant. Alors que certains ressentent une impuissance et sont désillusionnés quant aux possibilités de changements réels sur ce plan, d'autres croient qu'il serait possible d'améliorer la situation et suggèrent quelques pistes concrètes. Ces hommes perçoivent que des remises en question profondes des façons de faire, des principes et des valeurs qui fondent notre fonctionnement de société pourraient faciliter la mise en place de mesures sur ce plan. Quelques-uns suggèrent de mener des débats à cette fin. Pour eux l'État, appuyé par ses citoyens, devrait intervenir davantage pour réguler le marché du travail et responsabiliser les entreprises. Quelques-uns ont parlé d'amorcer un dialogue dans le quartier avec tous les citoyens y compris les hommes d'affaires. Voici les propos d'un homme :

*« Ce qui peut enrayer la pauvreté? C'est ici y'a plusieurs entreprises, y'a Métro, des coops d'entreprises pis tout, ils pourraient ici, en collaboration avec le CAP offrir du travail. On dirait eux autres que la pauvreté c'est seulement dans le temps des fêtes. Dans le temps des fêtes, les pauvres, le panier de Noël, après ça, on les crisse là? On les sacre là? C'est pus rien, les pauvres? Ils existent pus après les pauvres! [...] Non faut qu'on apprenne à se parler... Il faudrait organiser des événements pour qu'on se parle [...] La pauvreté aussi est causée par l'égoïsme des hommes d'affaires. C'est un facteur de la pauvreté [...] Pour enrayer la pauvreté chez les hommes, faut intervenir, afin d'intervenir, c'est une chose de collectivité. Faut que ça se fasse en collectivité. On vit en société, on vit en communauté. Faut que le [inaudible] patron chez Maxi, de Métro, les patrons de toute l'entreprise voient qu'y a une pauvreté, voient qu'y a du monde qui veut travailler [...] Autant le pauvre qui voit à sortir de la pauvreté comme moi j'y vois, autant le riche qui l'aide. [...] Faut qu'on se parle des vraies affaires sans ça, ça ne changera jamais. » (P6)*

### 6.2.2 Améliorer les programmes d'aide à l'emploi

Plusieurs hommes estiment que les activités et les formations offertes par les Centres locaux d'emploi (CLE) sont inadéquates et insuffisantes. Tout d'abord, ils soulignent la complexité des outils de recherche d'emploi et souhaiteraient être davantage aidés dans leur utilisation. En ce qui a trait aux services offerts pour la recherche d'emploi, comme l'orientation professionnelle, les conseils de recherche d'emploi ou la préparation aux entrevues, plusieurs déplorent les approches uniformisantes et l'utilisation presque exclusive des interventions de groupe; les hommes suggèrent de développer davantage le soutien individuel et des interventions personnalisées.

Plusieurs critiquent l'insuffisance de l'information dispensée à propos des programmes de réinsertion et des carrières possibles avant d'avoir à opter pour un programme ou une formation. Sans ces informations, il est difficile d'effectuer un choix éclairé; cela explique en partie leurs hésitations à participer aux programmes, leurs abandons ainsi que leurs échecs. Les conséquences de ces échecs sont considérables pour les personnes, d'autant plus qu'il leur sera difficile d'avoir accès à une autre formation dans le cadre des programmes d'Emploi-Québec. À cet effet, les participants ont suggéré quelques activités qui leur permettraient à la fois de mieux comprendre les différents métiers et de relever les défis du retour au travail, comme des journées d'information en collaboration avec les organismes communautaires du coin, des stages d'observation dans le milieu pour comprendre concrètement en quoi consiste un métier en particulier, ou du parrainage avec des travailleurs qui sont passés par les programmes de réinsertion « *pour inspirer* », « *donner de l'espoir* », « *comprendre comment il a fait pour passer à travers* ».

Aussi, plusieurs suggèrent de miser sur le développement des compétences que les personnes possèdent déjà. À cet effet, ils suggèrent de faciliter économiquement le retour aux études et d'orienter les personnes vers des formations de qualité reconnues sur le marché de l'emploi, qui mènent à de réels débouchés. Finalement, ils proposent l'accès à des formations permettant d'acquérir les habiletés et compétences de base nécessaires à l'insertion sur le marché de l'emploi actuel, comme des cours d'informatique ou des cours de langue.

### 6.2.3 Revoir les programmes de réinsertion au travail

La quasi-totalité des hommes rencontrés a suivi au moins un programme de réinsertion socioprofessionnelle au cours de leur vie, offert soit par des entreprises d'insertion sociale, des centres de main-d'œuvre, des organisations à but non lucratif ou des organismes communautaires. Quelques-uns ont abandonné en cours de route à la suite de diverses difficultés. La plupart ont cependant complété avec succès ces programmes, mais ils déplorent qu'ils ne mènent que rarement à un travail stable permettant une sortie réelle de la pauvreté. En soulignant les impacts de ces expériences décevantes dans leur vie, notamment une chute plus profonde dans la pauvreté, les hommes revendiquent que ces programmes soient examinés et révisés. Divers aspects de ces programmes semblent inadéquats et des améliorations urgentes devraient leur être apportées.

Tout d'abord, l'allocation d'aide supplémentaire reçue pour la participation à ces programmes est très loin d'être suffisante pour permettre aux hommes de mieux couvrir leurs besoins essentiels et ne sert souvent qu'à assumer les frais de transport pour se rendre au lieu de formation. Les hommes demeurent ainsi en situation de survie, état non optimal et difficilement compatible avec le fait de suivre une formation : *« C'est comme un programme de 6 mois, pis ils nous donnaient un talon de médicament qu'ils appellent. Ils nous donnaient seulement ça. Ça te permet pas de sortir de ta misère là. Moi j'ai fini par lâcher. » (P20)*

Ensuite, les hommes suggèrent que les programmes de réinsertion soient mieux ajustés aux besoins et demandes du marché de l'emploi, ce qui augmenterait leurs chances d'obtenir un emploi par la suite.

*« Parce que dans mon stage j'ai appris un système informatique qui est personnel au [nom de l'entreprise], j'ai jamais appris Word Perfect, j'ai jamais appris quoi que ce soit, Excel, ces affaires-là, je savais même pas c'était quoi. Donc quand je suis arrivé pour trouver un emploi de commis de bureau, ce genre d'affaires-là, pour avoir le nez dans l'ordinateur, je savais rien, rien, rien, rien. Donc en partant, j'avais toujours des refus, là, à l'emploi parce que je connais même pas le système. C'est ça que j'ai trouvé dommage. » (P21)*



Les hommes déplorent que les programmes de réinsertion ne soient pas suffisamment reconnus par les employeurs : *« J'ai une compétence en informatique faite en milieu d'emploi. C'est pas reconnu. On va préférer engager un gars qui a un diplôme, un DEC, à un gars qui a fait une compétence. »* (P9). Cette critique est particulièrement vive en rapport avec les programmes offerts par les organismes communautaires, qui ont souvent une mauvaise réputation. Un homme ayant suivi un programme de réinsertion dans un centre communautaire raconte : *« On va te donner des références, les références étaient là, mais en tant que tel, quand que le monde entend parler du [nom du centre communautaire], y disent : "Ah! C'est toute des BS qui se pognent le cul de toute façon dans ce [nom du centre communautaire]". Tu sais, ça devient pas une référence. »* (P21)

Les hommes dénoncent le cercle vicieux de la réinsertion en emploi : une succession sans fin de périodes de chômage, de formation, de stages et d'emplois temporaires, sans issue. *« Moi, je trouve ça ben décourageant. Parce que tu commences à te sentir bien à une place pis là, ton contrat il finit, pis là tu es obligé soit de retomber sur l'aide sociale soit sur le chômage. Pis là, c'est toujours à recommencer. »* (P5) Ils suggèrent que ces programmes de réinsertion soient repensés en termes d'insertion durable en emploi. Selon eux, des efforts devraient être investis pour garantir des embauches après la fin des stages de formation et offrir de réelles perspectives d'avenir. Pour ce faire, des liens plus étroits entre les programmes et les milieux d'emploi seraient souhaitables, ainsi que la mise en place de mesures incitatives pour engager les stagiaires. En ce moment, plusieurs petites entreprises et organismes à but non lucratif reçoivent des stagiaires pour pallier leur manque de personnel, tout en sachant très bien qu'ils n'auront jamais les moyens d'offrir un emploi réel par la suite :

*« Une chose que j'ai déplorée de ce genre de système là, comme au [nom du centre communautaire], je dirais à peu près 80 % des personnes qui travaillent là, c'est des personnes qui sont sur un programme de réinsertion ou du bénévolat carrément, puis pour eux autres, c'est tout simplement un roulement. »* (P21)

Enfin, les hommes suggèrent d'améliorer l'accompagnement et le suivi à la fin des stages afin de les aider à se trouver un emploi ou à s'y maintenir. Pour eux, l'accompagnement au cours du stage et surtout après le stage est déterminant pour l'insertion durable en emploi :

*« Mais pour le [nom de l'organisme], ce qui m'a déçu, c'est que tu rentres là-dedans, supposément pour une réinsertion au travail, mais dès que ton programme est fini, en dedans d'un an, tout de suite t'es mis de côté, on t'oublie, on ne fait pas de suivi. On n'essaie pas de trouver, voir maintenant tu pourrais aller, où... dans tel, tel ou tel domaine. » (P21)*

*« S'il n'y a pas de suivi c'est dur là... c'est difficile. Ben, il faudrait que ça dure plus longtemps là ces programmes-là... Ça serait plus aidant. Pis ce qui serait bon, serait qu'on aille un suivi avec l'agent du bureau pis le boss du programme de travail. Si on se rencontrerait tous les trois ensemble pour voir ce qui marche pis qui marche pas, là... L'agent d'aide sociale, l'employeur pis le gars là, pour faire des suivis. Parce que tu sais, ils peuvent y avoir des suivis entre Emploi-Québec pis l'employeur, mais toi tu n'es pas là... C'est quoi tu fais? Tu ne peux pas te défendre... C'est quoi le problème? Pis là après ton employeur te dit ça ça, pis ton agent te dit ça ça... Ça va pas, là... Au moins, si tu es là, ben tu peux répondre aux questions des deux en même temps [...] Tu sais, au début ça pourrait être souvent. Un suivi plus proche, là. Pis après, là, ça pourrait peut-être aux 3 mois. » (P5)*

#### **6.2.4 Adapter et développer des programmes pour les personnes éloignées du marché de l'emploi et celles qui vivent de l'intermittence en emploi**

Quelques hommes éloignés du marché de l'emploi et certains autres, qui ont vécu des échecs à répétition, ont souligné l'inadéquation pour eux des programmes de réinsertion, trop exigeants et inadaptés à leurs réalités et leurs besoins. Quelques hommes souhaiteraient une approche plus humaine, plus compréhensive et plus globale, un encadrement psychosocial individualisé plus soutenu et un rythme de travail plus lent et souple.

*« Pour les personnes qui sont sur l'aide sociale surtout, ce que je ferais, c'est que je mettrais énormément plus d'intervenants, pis pas juste une personne qui est ton agent; qu'y ait une deuxième personne qui te suit pour savoir si tu fais ton suivi professionnel et moral; la plupart du temps, ça fonctionne pas parce que le moral y est pas. T'as pas le goût de travailler parce que tu ne te sens pas bien. Pis on se préoccupe pas de ça au bureau d'aide sociale; tout ce que t'es c'est un problème qu'il faut que je règle parce que j'ai un autre problème tout de suite après. T'es un numéro, t'es un nom tout simplement, t'es pas une personne, là [...]. Je le sais que les personnes qui sont dans ce*

*milieu-là ont pas le droit d'essayer personnellement avec les personnes qui s'occupent, mais en même temps, quand on est suivi depuis tant d'années, il devrait avoir un petit peu plus d'implication. Pour savoir pourquoi tu décroches pas, qu'est-ce qui fait que tu décroches pas, est-ce qu'y a quelque chose qu'on peut faire pour t'aider à pas décrocher et non à t'obliger parce que quand t'es là, vu que t'as un problème, eux autres ce qu'ils disent, il faut que tu débarrasses du système. Fait qu'ils vont te dire: "Il faut que tu fasses ça, il faut que tu fasses ça, il faut que tu fasses ça" sans savoir ce que la personne a vécu. » (P21)*

*« OK. Fournis l'emploi. Ah, il va peut-être avoir une drop. Ben oui, mais le gars, il est pas habitué de travailler. C'est sûr qu'il va avoir une drop. OK? Coupes-y pas tout, tu viens de le redroper. Il était peut-être dans le jaune là, il s peut-être monté dans le vert, là il était dans le jaune, là, woups, paf, tu viens de le remettre dans le rouge. Fournis-y un psychologue. Pour qu'il comprenne pourquoi qu'il a de la misère à travailler. C'est à cause de ses années de rien faire. » (P9)*

Ils ont fait ressortir qu'il serait primordial de tenir compte des besoins globaux de la personne qui, en plus de se chercher un emploi, peut être aux prises avec des problèmes d'argent, de logement, de justice, de santé, de dépendance aux drogues ou de violence, qui fragilisent son processus d'insertion :

*« Ben mettons, on s'assoit avec l'agent pis on regarde tout le loyer, l'électricité, toutes nos affaires à payer. Bon, ça te coûte tant. Ben là, il regarde avec nous; tu as cela à payer, pis nous on va t'aider à payer ça. On va te donner un coup de main. Ça prend pas grand-chose là. Un peu d'argent pour payer la base, la carte de médicaments tout cela [...] Ben, pis tu files pas. Ben, il t'écoute, il te conseille, t'as un problème de santé, whatever [...] Tu sais, on va te donner cela pendant 6 mois un an pour te donner un coup de main pour repartir. » (P5)*

À cet effet, quelques hommes vantent les mérites des programmes de réinsertion offerts par le secteur communautaire qui, à leur avis, constituent une première étape de réinsertion intéressante. De façon générale, ils sont mieux adaptés aux personnes éloignées du marché du travail et aux « *poqués par la vie* ». Ces programmes contribueraient « *à reconnecter avec le monde* », à « *repandre un beat normal* » et à « *développer son estime et sa confiance en soi* ». Les personnes qui travaillent dans le secteur communautaire sont souvent plus compréhensives et attentives aux conditions de vie des hommes, en plus de démontrer plus de

compassion et de respect. Ces programmes sont aussi plus souples, plus progressifs et plus respectueux des divers rythmes d'apprentissage. Les hommes suggèrent de les développer et de les soutenir davantage.

Par ailleurs, d'autres hommes ont vanté les mérites d'emplois sur le marché du travail « au noir », comme les emplois de livraison dans les dépanneurs, de distribution de circulaires ou les petits déménagements. Ces emplois offrent une souplesse unique. Il serait intéressant, selon les hommes, d'offrir davantage de possibilités de travail ou de stages rémunérés suivant ce format. Un homme explique les avantages des travaux ponctuels et flexibles qui lui ont permis de renouer avec le marché du travail et de sortir de la rue :

*« Eux autres, tous les matins à 6 heures, il y a une van qui arrive là. Ceux qui veulent travailler, ça peut être de distribuer des pamphlets, ça peut être, tu sais, le gars il arrive là tous les matins à 6 heures, même la fin de semaine [...] Pis, ouain, le gars il se stationne là, pis ceux qui veulent travailler, pis payé en argent comptant. Chaque jour. Bon, ben, il peut embarquer pis il les emmène à cette place-là, pis le soir, il les ramène. Tu sais, il devrait avoir ça icitte. Parce qu'ils en a qui veulent travailler [...] Une journée tu files pas? T'embarques pas. Tu vas pas travailler, that's it, that's all. Pis ça, financièrement, ça aide [...] C'est valorisant, tu finis ta journée de travail, là, c'est valorisant, t'es content! Ah! Moi, je suis de même en tous les cas! Je suis content d'avoir fait ma journée! Je suis content de m'asseoir chez nous tranquille, pis en plus, tu as de l'argent dans tes poches. Tu sais, c'est valorisant. » (P12)*

### **6.3 Intégrer la contribution des personnes hors du marché de l'emploi**

D'emblée, il est important de mentionner que cet axe fut l'objet de vifs échanges lors des groupes de discussion autour des résultats préliminaires. Avec les hommes, nous avons convenu qu'il serait essentiel d'approfondir la réflexion sur le sujet.

Le principal point de divergence entre les hommes, dont les échanges reflètent ici les enjeux débattus dans la société en général, a été la pertinence de traiter différemment les personnes qui ne *peuvent* pas travailler et celles qui ne *veulent* pas travailler. Rappelons que le critère de

l'aptitude ou des contraintes au travail crée une différence importante dans les niveaux de prestations accordés. Pour certains hommes, beaucoup de personnes ne *veulent* tout simplement pas travailler par paresse, et c'est surtout là qu'il faut intervenir. Pour d'autres hommes, il n'y a pas de distinction à faire, car ceux qui prétendent ne pas vouloir travailler cachent nécessairement leur peur de l'échec, leur insécurité, leur faible estime d'eux-mêmes ou leur manque de confiance en eux qui résultent de leur histoire de vie difficile. « *Certaines personnes sont maganées, poquées par la vie, ils ont disjoncté et ont complètement déconnecté. Elles souffrent pis elles ont besoin d'aide avant d'être capables de travailler.* » (GD5) Pour d'autres encore, une personne peut vouloir travailler, mais ne trouvera jamais d'emploi parce qu'elle n'a pas les qualifications requises ou qu'elle est incapable de satisfaire aux normes de performance en vigueur sur le marché de l'emploi. Ici, la critique s'adresse au marché de l'emploi, qui n'est pas ouvert à tout le monde.

Au-delà de ces divergences d'opinions, tous les participants ont convenu qu'il y a des personnes qui ne possèdent pas les capacités de base pour travailler en raison d'un handicap physique ou d'un problème de santé mentale sévère. À leur égard, il convient de développer des options socialement et économiquement viables et valorisantes afin de les intégrer autrement que par le travail. Pour ce faire, deux grandes recommandations émergent des propos des hommes : 1 — Créer des lieux communautaires humains et accessibles et améliorer les programmes et services existants et 2 — Lutter contre les préjugés envers les personnes qui ne travaillent pas.

### **6.3.1 Créer des lieux de rencontre et humaniser les programmes et services existants**

Les hommes recommandent en priorité de créer des lieux où on peut socialiser, se reconstruire, apprendre, se réaliser et s'épanouir :

*« Des places et activités pour favoriser la valorisation des personnes à travers des projets, des expériences de bénévolat, des expériences de travail, des formations [...] De montrer que*

*oui, comme je disais un peu plus tôt, tout le monde, que ce soit homme ou femme, ont tous leur place au soleil. » (P18)*

Pour certains hommes, il s'agit de créer des lieux de rencontre qui n'existent pas à l'heure actuelle. Quelques-uns rêvent de lieux qui seraient fréquentés par une plus grande diversité de personnes, « *pas juste des pauvres, des poqués de la vie pis des malades, c'est trop déprimant* » (P22), et qui ne seraient pas organisés autour de problématiques spécifiques. Ils souhaitent pouvoir fréquenter d'autres types de personnes qui ne sont pas alourdies par le fardeau des problèmes. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'améliorer les programmes et les services offerts par les organismes communautaires, les organismes à but non lucratif, les organismes religieux et les municipalités. En évoquant des expériences positives vécues dans le cadre d'activités offertes par ces groupes, certains participants ont émis le souhait de les renforcer et de les améliorer. Ils dénoncent le manque de financement chronique des organismes communautaires et la disparition fréquente d'organismes, de programmes et d'activités pourtant utiles et intéressants. Plusieurs suggestions d'activités, visant à répondre à différents besoins, ont été émises. Nous les présentons ici regroupées en trois catégories : 1 — Briser l'isolement, l'exclusion et le sentiment d'inutilité; 2— Réfléchir sur soi et se reconstruire et 3 — Apprendre, se développer et s'épanouir.

### **6.3.1.1 Briser l'isolement, l'exclusion et le sentiment d'inutilité**

Les hommes souhaitent davantage de lieux d'accueil chaleureux, respectueux et humains où il serait possible d'être écoutés et respectés, de socialiser et de re-connecter avec le monde. Des lieux « où l'on est pas jugé ou ridiculisé à cause de ce que l'on est ou de ce que l'on dit » (GD5). Plusieurs hommes ont connu des expériences positives de ce type au sein d'organismes communautaires à Montréal; certains considèrent même être sortis d'une certaine forme de pauvreté parce qu'ils fréquentaient ces groupes :

*« Une chance que le [nom du groupe communautaire] existe dans le coin! Ah tabarouette! Il manque de places comme ça. [...] Ah câline! Ça répond pas juste au côté manger des collations là! Ça répond là... un côté évasion. Aille, il en a ben qui demeurent tout seuls, là, pis même je me le fais dire, ils me le disent, on en parle, c'est le champ de bataille [rires]. Là, ils viennent comme d'une place comme icitte, là [...] juste pour, c'est comme je te dis, s'évader, venir jaser avec des personnes, changer le mur, pis en plus, s'ils ont de la*

*misère côté nourriture, ben câline ils peuvent manger, du café tabarouette, tu sais, la plupart ils ont même pas une piastre pour aller se chercher un café [...] Il en a beaucoup qu'ils veulent juste que quelqu'un écoute qu'est-ce qu'ils ont à dire. Ils veulent pas savoir, ils veulent pas se faire dire quoi faire pis quoi pas faire, pis rien, ils veulent juste... c'est ça. » (P12)*

Des hommes souhaiteraient que la culture et les loisirs leur soient plus accessibles et suggèrent que les programmes et services communautaires tiennent compte des besoins de divertissement et de plaisir qu'ils considèrent essentiels. « *On a aussi besoin de rire et de se divertir. On a besoin de se changer les idées, d'être stimulés et de se cultiver... On est des êtres humains après tout. » (GD5) « Pourquoi que [nom de l'organisme communautaire] par exemple n'emmènerait pas tout le monde dans un parc jouer à la balle molle ? Des activités là qui feraient ce lien plus fort, se connaître plus, sous d'autres sens que entre des tasses de café... [...] Pis avoir du fun aussi. » (P18)*

D'autres parlent de la nécessité de développer des occasions d'engagement social valorisantes comme du bénévolat, de l'entraide, de la militance ou encore des petits travaux rémunérés. Des activités souples qui favorisent un engagement progressif. En plus de permettre de « *socialiser* », ces activités contribuent à améliorer l'estime de soi et la reprise de confiance en soi, ainsi que le développement de capacités; elles nourrissent le sentiment d'utilité. Un homme parle de la première fois qu'il a lavé la vaisselle dans un groupe communautaire :

*« J'étais déjà beaucoup en démarche. Mais moi, je ne savais... j'avais jamais eu... Bon, je ne savais pas comment agir... J'avais arrêté d'agir. Ben, j'agissais, mais j'étais dans le no man's land, tu sais. Je ne vivais rien, je vivais pas de sentiment, tu sais [...] Ben là, c'était la première fois que je me suis senti valorisé, tu sais, utile pis accepté comme je suis [...] Ça là, le bénévolat, c'est quelque chose... Le meilleur moyen de s'en sortir c'est d'aider les gens à s'en sortir [...] Moi, je pense qu'on devrait avoir plus d'occasions de même. » (P3)*

### **6.3.1.2 Réfléchir sur soi et se reconstruire**

Plusieurs participants ont évoqué le besoin de mieux se comprendre : comprendre leur histoire, ce qui les a amenés à vivre la pauvreté. Ils veulent réfléchir aux expériences difficiles

qu'ils traînent, comme des histoires d'abus. Ils veulent aussi « *faire du sens* », identifier leurs limites, mais aussi leurs forces, retrouver espoir en la vie et en eux-mêmes, ce qui peut leur ouvrir la route vers un véritable épanouissement. Un homme l'exprime bien : « *Il faut surmonter les expériences négatives qu'on a vécues dans le passé avant de passer à une autre étape.* » (P22)

Les hommes souhaitent qu'il y ait plus d'endroits où il est possible de réfléchir individuellement et collectivement à leur situation.

*« C'est ben beau de dire t'es dans le rouge, tu vas chercher tes ressources. Les cuisines communautaires. [...] Tu peux manger pour pas cher. Ok. Ok, c'est pas, c'est comme je disais, c'est pour mettre du bonbon, pour faciliter le fait que tu fais partie de la société. Mais c'te bonbon-là là, y fait juste comme, c'est pareil comme si tu prendrais du Maalox quand que t'as des mals d'estomac. Tu comprends-tu ? Tu sais, il faut que tu trouves la solution à ton mal d'estomac, pis que tu le règles, t'en aller vers l'avant. [...] Il faut trouver le problème dans moi-même d'un côté pis dans le système de l'autre. »* (P9)

Un homme suggère des activités pastorales; d'autres apprécieraient la création d'activités suivant la formule « *témoignage* » des groupes d'entraide comme les Alcooliques anonymes (AA), les Narcotiques anonymes (NA), mais sur des sujets multiples et plus larges. D'autres encore aimeraient avoir l'occasion de rencontrer en personne des professionnels de la santé, psychologues et psychiatres, ou des intervenants sociaux d'expérience :

*« Pour moi, c'est un endroit, tu sais, que tu peux te sentir bien. Tu te sentes pas abaissé : se sentir respecté, se sentir que tu peux parler à quelqu'un sans nécessairement que la personne, tu sais, soit une personne bardée de diplômes [...] Une personne qui va être humaine, qui va parler pis qui va comprendre la personne, pis qui va pouvoir dialoguer sans nécessairement rire de lui [...] Qui soit compétent, tu sais, qu'on peut parler, tu sais, en toute sincérité, pis qui, tu sais, qui nous prenne pas pour des marionnettes, pis des cobayes, là, pis qu'elle dise : "C'est beau, c'est beau, t'as conté ton histoire là, va faire un tour, tu reviendras dans six mois, un an ou whatever." [...] Qui essaie avec toi de trouver des solutions pis qui t'aide. »* (P16)

### **6.3.1.3 Apprendre, se développer, s'épanouir**

Plusieurs hommes suggèrent finalement de favoriser des apprentissages et le développement de compétences, que ce soit pour une éventuelle formation, un emploi ou encore pour



augmenter les possibilités de participation à la vie locale. « *Pourquoi les inaptes ont pas le droit aux programmes de formation et de retour à l'école? Parce qu'on juge que ça vaut pas la peine?* » (GD6). Quelques-uns ont fourni des exemples d'organismes communautaires, comme un groupe d'alphabétisation populaire, qui ont contribué au développement de leurs capacités et de leur pouvoir d'agir. Ils recommandent que ces centres soient davantage soutenus et développés. Plusieurs voudraient acquérir plus de compétences et d'habiletés, ce qui leur permettrait de réaliser davantage leurs ambitions. Ils parlent également d'endroits pour développer et réaliser des projets individuels et collectifs. Par exemple, un groupe communautaire qui offrirait la possibilité d'apprendre la musique, le chant et l'art et rendrait possible l'organisation de petits projets artistiques :

*« Ben mettons un exemple. Moi, je voulais apprendre à jouer du piano, mais ma mère m'a dit que ce n'était pas fait pour des gens comme nous [...] ben moi j'aimerais ça apprendre le piano [...] Il y avait XX [nom d'un organisme communautaire] où on pouvait apprendre la musique pis prendre un café pis toute mais ça a fermé [...] Ben moi, j'apprenais la guitare pis ça me faisait du bien »* (GD6).

### **6.3.2 Lutter contre les préjugés envers les personnes qui ne travaillent pas**

Avant de trouver de nouvelles manières d'intégrer comme citoyennes à part entière les personnes qui ne peuvent pas exercer un travail rémunéré, il faut d'abord, selon les hommes, s'attaquer aux préjugés envers les personnes qui ne travaillent pas. Selon eux, ces personnes sont trop souvent la cible de préjugés défavorables dans notre société. « *Il faut combattre les perceptions que les personnes qui ne travaillent pas sont inutiles.* » (GD6) Une des raisons majeures, selon plusieurs, est le manque de compréhension des causes et des réalités quotidiennes de la pauvreté. Il y a donc un grand besoin de sensibiliser et d'informer les personnes qui ne connaissent pas la pauvreté et ses réalités.

*« Pis même encore aujourd'hui, je me fais traiter de bâtard, là. [...] Ça fait mal tu sais. [...] Je suis pas un bâtard, je suis un être humain, avec des émotions, des sentiments, j'ai un caractère, j'ai mes défauts, pis j'ai mes qualités. [...] Écoute là, je mérite pas ça même si [ il pleure] ... Tu comprends-tu, fait que te sais c'est dur. C'est pour ça je le dis, un moment donné là, les préjugés pis l'ostie de... le langage pis le respect là pis le... qu'on remarque dans la société, là, peu importe les paliers gouvernementaux, là, faut que ça change, parce que un moment donné il va se passer quelque chose pis le quartier [...] il faudrait qu'y ait du monde comme toi pis [nom d'une intervenante] qui comprennent pis qui leur expliquent dans leur maudit langage [...] il faudrait rendre ça illégal [...] les préjugés parce qu'on se sent*

*toujours rabaissé pis on se sent inférieurs à eux autres, parce que, pas à cause que c'est voulu, mais y'a des contextes, y'a des choses par, qui sont associées à ça, tu sais des maladies ou whatever, ou les personnes [inaudible], mais c'est de génération en génération. Y'a tellement de tabous, y'a tellement de choses qui se disent sur ces gens-là, là : c'est des lâches, c'est des paresseux, c'est des drogués, c'est des prostituées, c'est des batteurs de femmes, c'est des profiteurs, c'est du monde qui a pas de classe, ça mérite pas de vivre, tu sais pis au crochet de la société, pis ils veulent rien faire de leur dix doigts pis il faut que ça soit, recevoir leur petit chèque une fois par mois pis aller à taverne du coin aller flamber leur chèque dans machine ou aller chercher leur ligne de coke ou trois quatre caisses de vingt-quatre et deux trois bouteilles de boisson, [inaudible], le loyer pas payé, les comptes pas payés, pas de bouffe pour les enfants, pas de linge pour les enfants, fait que tu sais, c'est de cette façon-là que je le vois, là. » (P16)*

Une autre raison majeure, plus délicate à aborder, est la question des valeurs d'apparence, de performance et de richesse qui dominent la société et qui excluent nécessairement une partie de la population. Il faut réfléchir aux valeurs que nous adoptons et détruire les fausses croyances :

*« C'est de reconnaître les valeurs pis, comment on dit, de respecter l'identité de l'humain. En partant. Pas parce qu'il est pauvre qu'il est niaiseux ! Tandis que l'autre, c'est pas parce qu'il est riche qu'il est intelligent. Est là l'erreur de la société. Moi c'est là que je la vois. De regarder les différences où c'est qu'y en a pas » (P22)*

## **6.4 Améliorer la prise en charge des problèmes sociaux et de santé**

Étant donné nos objectifs de recherche, cet axe fut celui où nous avons le plus discuté avec les hommes lors de nos échanges. Ils ont émis de multiples recommandations. Certaines se retrouvaient dans le chapitre 5 ci-haut et nous prévoyons traiter l'ensemble de ces propositions dans de futures publications. Nous avons retenu ici les six plus saillantes : 1 — Humaniser les services d'aide et combattre la stigmatisation et la discrimination; 2— Favoriser une approche de prise en charge globale et à long terme; 3— Encourager les hommes à demander de l'aide lors de moments de détresse; 4— Donner plus d'information sur les problèmes et les ressources d'aide; 5— Éliminer les obstacles financiers aux soins et 6— Faciliter l'accès à certains services.

#### 6.4.1 Humaniser les services d'aide et combattre la discrimination

Cette recommandation a fait l'objet d'un large consensus et fut jugée prioritaire lors des groupes de discussion. Les hommes souhaiteraient des services d'aide plus humains et non discriminatoires. Ils exigent d'être écoutés, considérés et pris au sérieux. Ils veulent être reconnus comme des êtres humains dignes avec leur histoire, leurs besoins, leurs aspirations et leurs forces. De plus, ils souhaitent que les intervenants prennent le temps d'être réellement disponibles :

*« Prendre le temps... [...] C'est d'analyser, de savoir qu'est-ce que la personne ressent, c'est quoi ce qu'elle a besoin comme aide, qu'est-ce qu'elle a de besoin pour pouvoir vivre normalement sans toujours à avoir des maudits médicaments pis de les droguer dans les médicaments pour qu'ils fonctionnent entre guillemets pas normalement, mais tu sais, simplement, tu sais. Qu'ils prennent vraiment le temps, l'écoute : "Bon moi j'ai ça, ça, ça, ça, ça, ça, ça". "Bon, OK toi, tiens, merci, bonjour!". Tu sais, qu'y aille... C'est l'écoute, tu sais. D'analyser comment que la personne peut ressentir, qu'est-ce qu'elle pense, pas dire rien que : "Oui, oui, oui, je te comprends" pis il a compris le quart, pis le trois quarts il n'a rien compris là, tu sais. » (P16)*

Les hommes évoquent également l'importance de certaines valeurs humaines qui devraient être, selon eux, au cœur de toutes les pratiques d'aide. Ils ont notamment souligné l'importance de la compassion, de l'amour d'autrui, de l'entraide dans la relation d'aide et les soins. *« Un bon intervenant, c'est comme toi. C'est quelqu'un qui écoute, qui compatit pis qui a un brin d'amour pour l'autre. » (P6)* Ou cet autre homme, parlant de thérapies : *« Bon. Viens pas parler à ma tête sacrament, je suis framé comme le calice! [il est énervé] » SD :* *« Il faut parler à quoi alors? » « Icite! À mon cœur sacrament! [il se tape sur le cœur]. À mon cœur... [sa voix se serre]. » (P3)*

Les hommes dénoncent également le manque de respect, les rapports de pouvoir et la trop grande présence de préjugés. Ils ne veulent plus être traités comme des « numéros » ou « des cas à régler », comme l'illustre le passage suivant où un homme parle de ses rapports avec des travailleurs sociaux :

*« Première chose : il faut qu'ils nous traitent comme des personnes, pas comme des chiffres... Première des choses, ça, ça va aider. Pis descend pas la*

*personne, descend pas la personne [...] Ben, eux autres, ils pensent qu'ils savent toujours les réponses. Ils ne te demandent pas c'est quoi que tu veux toi, c'est quoi tu penses. Ils pensent qu'ils ont jamais tort. Il y avait une rencontre aux adultes. On était où je restais, dans le centre. Il parle, il parle, avec ses mots pis son stock de papiers... De quoi tu parles là! Je ne comprends rien quand il parle! Ça aide pas grand-chose là. Pis ils te font sentir comme des chiffres, comme un problème à régler. Je te le dis, ils te font sentir comme ça. Ça dépend de chaque personne, mais beaucoup c'est comme ça... Tu sais, tu es un cas... Un dossier! [...] Ben, qu'il te traite comme un humain, pas comme un chiffre ou un problème... Ouais, un ou deux sur huit... » (P1)*

En déplorant les modèles rigides et les approches uniformisantes, des hommes suggèrent d'utiliser les outils et les grilles d'intervention avec prudence :

*« Il faut que tu arrives là malade à leur manière. Pis ça là, c'est directement issu de la réduction des méfaits. Il faut que tu arrives là pis tu aies besoin d'aide à leur manière, avec des malaises à leur manière... à leur manière [...] Tu sais, la vraie de vraie approche scientifique [...] Là là... J'ai tel âge, pis je consomme telle affaire, pis mon père il frise, ostie, pis ma grand-mère est picotée... "Ben bingo! C'est ça la solution! Bon, t'arrête là." Tu sais, de la belle crise de grille d'analyse. [...] Moi, j'ai mon gros pas de recul face aux sciences. Toute la démarche scientifique pis tout ça... C'est des outils, ce n'est pas la vérité, c'est des outils. Tu peux faire des approches, développer certains outils qui peuvent avoir une influence dans le changement de comportement... De force, tu sais. Faut jamais oublier que c'est rien que des outils, que c'est rien qu'en partant de tel critère [...] Il faut se servir de la science de façon intelligente! » (P3)*

Plusieurs hommes suggèrent des approches et des interventions plus personnalisées, tenant compte des particularités de chaque personne, car *« chaque personne est différente là. Chacun a son vécu, on peut pas traiter tout le monde pareil »* (GD6). Les hommes souhaiteraient également des approches basées sur les forces des personnes et qui les impliqueraient pleinement dans l'identification de solutions :

*« C'est simplement de faire reconnaître à la personne qui est dans un état d'aide : "Ouais, OK, t'as réalisé que t'es d'un état d'aide là, OK. Tu viens chercher de l'aide, c'est beau, mais la plus belle aide que je peux te donner, c'est de te montrer que t'es capable de le faire." Tu sais, moi, je partirais de la personne pis de ses forces. » (P22)*

Pour humaniser davantage les soins, les hommes pensent qu'il faudrait améliorer la formation des professionnels de la santé et intégrer un volet traitant des conditions de vie des personnes en situation de pauvreté, afin qu'ils aient une meilleure compréhension de leur réalité. Selon eux, cette meilleure compréhension contribuerait à améliorer la sensibilité et les attitudes des professionnels à leur égard. D'autres croient que le véritable enjeu concerne l'organisation du système de santé. Étant donné le contexte et leurs conditions de travail, les professionnels de l'aide n'ont tout simplement plus le temps d'offrir des soins humains. Selon ces hommes, il faudrait rapidement s'attaquer à la pénurie de personnel, à la surcharge de travail, au manque de financement chronique et aux mauvaises conditions des employés, tant dans le secteur communautaire que dans le milieu institutionnel.

#### **6.4.2 Favoriser une approche de prise en charge globale et à long terme**

De nombreux hommes affirment que les solutions et les traitements offerts par les services de santé sont superficiels et qu'ils s'attardent uniquement aux symptômes de leur souffrance plutôt qu'à leurs causes. Un homme explique les conséquences d'une mauvaise consultation avec une médecin aveuglée par ses préjugés :

*« Je suis allé en voir une autre, [...], à m'écoute pas, tu lui parles là, pis elle t'écoute pas. Elle embarque par-dessus, pis elle pose des questions. T'as beau... Comme quand je suis allé la voir, j'avais de la misère à dormir [...] "Non non, elle dit, moi je prescris pas de pilules aux jeunes". Mais, deux semaines après, j'ai été à [nom d'un hôpital psychiatrique] [...] C'est pas des pilules que j'avais besoin là, c'était peut-être un suivi, un traitement, une écoute... Mais elle, a rien vu elle non plus là. [...] Elle, elle pensait que j'allais la voir rien que pour avoir des pilules [...] Peut-être que si elle avait fouillé un peu plus, elle aurait... [silence]. » (P17)*

Certains font ressortir le manque de vision à long terme dans les soins. Un homme, qui a vécu plusieurs épisodes de détresse psychologique et qui a fait quelques tentatives de suicide, suggère :

*« Prendre vraiment le temps de comprendre la situation que j'ai vécue. Qu'est-ce que j'ai vécu? Avoir le temps d'écouter, de parler, trouver une solution qui aurait été bonne à long*

*terme. Pas à court terme, à long terme [...]. Parce que j'ai toujours eu des instincts, excuse-moi, dépressifs et suicidaires. » (P16)*

Plusieurs affirment que le système de santé est davantage centré sur la prise en charge des problèmes de santé physique que sur les problèmes psychologiques et sociaux. Ils considèrent que les services d'aide sont inadéquats pour les soutenir dans la résolution de leurs problèmes psychologiques ou sociaux, comme les abus, la violence, les problèmes de jeu ou les tentatives de suicide. Pourtant, ces problèmes entraînent souvent une détresse intolérable et concourent à maintenir leur pauvreté.

D'autres suggèrent de renforcer les pratiques de prévention et d'éducation à la santé qui permettraient de développer leur pouvoir d'agir et ainsi travailler à leur bien-être :

*« Tu sais, avant là, t'allais voir ton médecin, tu lui expliquais tes problèmes, tu sais, il te donnait pas nécessairement des médicaments, il te donnait des trucs [...] Quand j'ai mal dans le dos pis tu as mal à l'estomac pis là tu vas passer la bébelle du cœur, passer tout ça là, pis là il fait rien à part te donner des pilules là. Ça va tu t'aider les pilules, là? Je penserais pas que les pilules vont t'aider. Ils vont t'enlever ton mal au début, mais, après ça, ça va toujours revenir. Comment faire pour pas que ça revienne? Il pourrait nous expliquer là. » (P5)*

### **6.4.3 Encourager les hommes à demander de l'aide**

Pour faire en sorte que les hommes qui ont besoin d'aide aient davantage recours aux services, les participants à la recherche pensent qu'il faudrait arriver à changer les « mentalités ». La plupart des hommes reconnaissent la complexité de l'enjeu et admettent qu'ils ne savent pas vraiment comment en arriver à influencer les normes sociales.

Certains croient qu'un changement de culture doit nécessairement passer par l'école. D'autres préfèrent miser sur l'éducation reçue à la maison et pensent qu'il est essentiel de mener des campagnes d'information et de sensibilisation. D'autres encore croient à l'efficacité d'émissions télévisées, comme celle de Claire Lamarche. Ils suggèrent d'utiliser ce médium

pour influencer les normes et les perceptions sociales. Un homme cite les publicités télévisuelles qui visent à sensibiliser les personnes aux problèmes cardiaques et pense que cette formule pourrait être adoptée pour aborder certains enjeux, par exemple celui du suicide chez les hommes. L'utilisation de cette stratégie pourrait aider à normaliser la demande d'aide et à véhiculer un message positif : « T'es pas faible si tu demandes de l'aide ». D'autres croient à l'impact positif des personnalités publiques qui s'engagent dans des causes ou dénoncent des situations. Deux hommes ont mentionné la sortie médiatique de l'artiste Nathalie Simard, qui a dénoncé les abus dont elle a été victime dans sa jeunesse, comme un événement utile pour soulever le voile de honte autour de cet enjeu.

Enfin, pour d'autres, les hommes seraient davantage portés à consulter lors de moments de détresse si des services individuels qui assurent la confidentialité et l'anonymat étaient développés. Selon eux, ces conditions favoriseraient une augmentation des recours.

#### **6.4.4 Donner plus d'information sur les problèmes et sur les ressources**

Toujours pour favoriser le recours aux services d'aide, quelques hommes suggèrent d'informer l'ensemble de la population sur certains problèmes sociaux et de santé moins connus ou tabous, comme les problèmes de santé mentale, la violence ou les abus. Un homme explique :

*« Parce que jamais j'ai su c'était quoi une psychose jusqu'à temps que j'en fasse une là, pis même encore, c'est après ma deuxième que je me suis rendu compte que... Mais même, je m'en suis pas rendu compte. C'est quand ma mère elle a rentré à l'hôpital l'année passée. C'est vraiment là là que je me suis rendu compte que c'était ça que j'avais vécu moi avec, là [...] Il manque de l'information. Ouais. On dirait que c'est tabou, hein? On dirait que c'est... [silence]. Oui, y'a sûrement de quoi à faire là-dedans. Sûrement, éduquer le monde plus. » (P17)*

Plusieurs hommes ont également expliqué ne pas avoir eu recours aux ressources d'aide parce qu'ils ne les connaissaient pas ou parce qu'ils manquaient d'information sur celles-ci ou sur les façons d'y accéder. Ils vivaient alors des problèmes d'ordre psychosocial, comme de l'exploitation, du harcèlement, des abus dans les milieux de vie, des deuils difficiles, des divorces, ou des problèmes liés à la pauvreté économique, comme de l'insécurité alimentaire,

des problèmes de logement, etc. Ils suggèrent de mettre sur pied des campagnes d'information qui présenteraient clairement les ressources d'aide existantes et leur fonctionnement. Des activités d'information pourraient se dérouler dans des organismes communautaires de base, des centres commerciaux, des écoles ou des milieux de travail.

*« Je sensibiliserais, par exemple, les gens dans le [nom de l'organisme communautaire] pour : “Vous avez besoin de ci, ça, ça, ça? Veuillez vous adresser à” [...] Tu sais, qui dit clairement où aller pis quoi faire quand t'as tel type de problème de santé ou de problème de logement ou un problème d'injustice. » (P18)*

Reconnaissant la pertinence des équipes de soin pour les personnes itinérantes, quelques hommes suggèrent de les renforcer, mais aussi de promouvoir d'autres services de proximité, dans un type de démarche proactive où les intervenantEs vont à la rencontre des gens plutôt que d'attendre les demandes de consultation à leurs bureaux.

*« Ben, les ressources en tant que telles, je trouve que, pour les problèmes de toxicomanie, des affaires dans ce genre-là, qu'y a de la publicité, mais c'est comme si pour se donner bonne conscience politiquement, on fait de la publicité, mais on fait juste faire ça. Y'a pas vraiment un organisme qui s'occupe de ça qui va venir carrément descendre ici dans les centres pis voir c'est quoi le problème. Pour eux autres, c'est juste : “On fait notre petite besogne, on a la conscience tranquille, pis on vit dans notre beau luxe nous autres. Comme ça, les petits pauvres ont l'impression qu'on s'occupe d'eux, qu'on se préoccupe d'eux”. Parce qu'on s'occupe pas d'eux, on fait juste se préoccuper d'eux. » (P21)*

#### **6.4.5 Faciliter l'accès à certains services**

Les hommes proposent d'éliminer les obstacles financiers qui empêchent l'accès à certains services d'aide. Ils ont souligné et déploré l'existence de nombreux tarifs, par exemple pour renouveler la carte d'assurance-maladie, pour devenir membre ou profiter de certains services de dépannage, de groupes d'entraide pour les personnes anxieuses, de centres de désintoxication, de thérapies spécialisées pour cesser de consommer. Ils ont également nommé les tarifs pour les soins dentaires, les soins pour les yeux, les services psychologiques ou juridiques et même le conditionnement physique, moyen de se tenir en forme et en santé.



Les critères administratifs et les conditions d'admissibilité des ressources représentent également des obstacles significatifs. Les hommes ont notamment évoqué les heures d'ouverture limitées et les critères d'éligibilité restrictifs des ressources d'aide : âge, sexe, lieu de résidence, type et intensité de problème. Ils ont expliqué que, souvent, ils ne satisfont pas aux modalités des programmes et services en place et se retrouvent dans une zone grise. « *Si je ne me pique pas, je ne bats pas ma femme, je ne bois pas, j'ai pus 30 ans, mais je ne file pas, je vais où? Je suis trop malade ou poqué pour avoir accès à une ressource ou pas assez!* ».

Des barrières géographiques ont également été mentionnées : les hommes ont parlé de la concentration des services pour personnes itinérantes au centre-ville de Montréal et du manque de services psychosociaux en banlieue et en région, spécialement en ce qui a trait à la santé mentale et pour les hommes qui découvrent leur homosexualité. Ils ont aussi rapporté leurs difficultés à rencontrer des professionnels de la santé comme des psychologues et des psychiatres, en raison du surplus de demandes ou encore du refus d'un médecin généraliste à les référer, faute de reconnaître leur demande comme légitime. Le manque de disponibilité des intervenants des ressources communautaires a également été souligné par les hommes, qui expliquent qu'ils sont littéralement « *débordés* ». Cette situation entraînerait de nombreux départs et un roulement de personnel incessant au sein de ces organismes. Les relations de confiance établies avec certains intervenants sont ainsi brisées et les hommes préfèrent souvent ne plus fréquenter ces ressources par la suite. Par ailleurs, des ressources communautaires reconnues comme aidantes par les hommes auraient fermé leurs portes, faute d'un financement adéquat ou en raison de la réorganisation des soins et services de santé, laissant ainsi plusieurs usagers réguliers en difficulté.

Les hommes déplorent que l'aide offerte soit fragmentée, tant du côté institutionnel que communautaire, et ont fait ressortir la complexité de naviguer entre les diverses ressources. Ils suggèrent d'améliorer la continuité des soins, la mise en place de suivis à long terme et un système de référence plus simple et clair. Quelques-uns identifient les sorties d'institution (hôpital, prison, centre jeunesse, etc.) comme étant des moments cruciaux et suggèrent de

développer de meilleures mesures d'accompagnement lors de ces moments. Les ruptures de suivi en raison de l'âge, des déménagements ou du roulement de personnel ont également été mentionnées.

## 6.5 S'attaquer aux pratiques discriminatoires

Le consensus est là : il est urgent pour les participants de mettre en place un véritable programme de protection des droits sociaux, autant pour les connaître que pour les faire défendre.

Nombre d'entre eux, rencontrés dans le cadre des entrevues individuelles, ont rapporté des situations de discrimination, d'abus et d'exploitation, tant dans leur famille qu'à l'école ou sur le marché du travail. Plusieurs d'entre eux n'ont pas eu recours à des ressources d'aide juridique. Les explications de ce non-recours vont de la méconnaissance de leurs droits à celle des ressources et des recours possibles :

*« J'ai travaillé chez [nom de l'entreprise], là, ça été de l'exploitation, de l'exploitation par des gens chez qui j'avais confiance. Ils m'ont rendu pauvre, réellement pauvre. Ils m'ont mis dans la rue chez [nom de l'entreprise] ; [...] ils m'ont placé là, ils m'ont arraché mon argent. Ils m'ont rendu pauvre, quand je dis pauvre, j'avais rien. Pis je ne savais pas où aller pour de l'aide. » (P6)*

Plusieurs ont aussi évoqué la crainte de perdre leur emploi, ou encore leur situation d'illégalité en emploi. Ils ont déploré l'absence de réglementation pour encadrer le travail des personnes non syndiquées et le laxisme entourant l'application des règles existantes :

*« Maintenant, un de mes collègues, son nom c'est [nom du collègue]. Il m'a dit : "Ah [nom de l'homme], ils vont te mettre dehors. Tu travailles bien, tu es content de ton travail, mais c'est sûr, ils vont te mettre dehors. Ils vont en prendre un autre qui ne chiale pas. Dès que tu as parlé de l'affaire de l'heure, tu as réclamé des heures là, tu n'es pas encore syndiqué [...]". Ben, ils m'ont mis dehors. Pis j'ai rien pus faire. » (P7)*

Par ailleurs, quelques hommes ayant vécu des abus de diverses natures au cours de leur enfance ont dénoncé les failles du système de protection de la jeunesse.

Les rares hommes qui ont consulté des ressources d'aide juridique et des organismes de défense des droits ont souligné la complexité, la lenteur et la lourdeur du « système » ainsi que les coûts financiers importants qui lui sont rattachés. Par exemple, un des hommes, orphelin de Duplessis, est engagé depuis de nombreuses années dans une poursuite judiciaire sans fin. Il pense mourir avant d'obtenir compensation.

Il nous semble que la notion d'égalité devant la loi, pourtant élémentaire, est remise en question par le manque d'accès à la justice en cas de différend avec un propriétaire, un agent d'aide sociale ou un employeur, tant d'un point de vue financier (honoraires d'avocat et frais de justice) que de celui de la connaissance de ses droits (lois et procédures). Le fait qu'une majorité des hommes interviewés ait mentionné avoir eu des problèmes d'ordre juridique ayant trait au logement, à l'emploi ou à l'aide sociale soulève en effet un très sérieux doute sur l'efficacité des mesures publiques quant à l'accès et à la réalisation de la justice pour tous. Les propos de nos participants à ce sujet suggèrent plutôt l'existence d'un *no man's land* légal, dans lequel la loi du plus fort a préséance sur les droits.

Les hommes proposent la mise en œuvre de démarches proactives vers les personnes en situation de pauvreté afin qu'elles puissent connaître leurs droits et les faire valoir. Du même souffle, ils proposent de poursuivre plus énergiquement le combat contre les préjugés et de lutter contre les pratiques discriminatoires dans les divers milieux de vie, que ce soit en raison du statut social, de l'orientation sexuelle, du fait de faire partie d'une classe spéciale à l'école, de problèmes de santé mentale ou tout simplement du fait d'être un homme pauvre. Selon eux, il faut contribuer à forger une image des personnes en situation de pauvreté respectueuse de la dignité humaine. De nombreux acteurs peuvent agir dans ce sens, tant les médias que les responsables politiques, en passant par le personnel des écoles, du système de santé et des groupes communautaires.

## 6.6 Conclusion

Pour ce chapitre, il nous semblait important de mettre de l'avant la parole et les recommandations des hommes pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Trop peu de recherches ou de groupes le font. Selon le Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, rappelons-le, nous avons grand besoin de mieux comprendre les obstacles qui nuisent à la capacité d'agir des personnes et des collectivités en situation de pauvreté et d'identifier, en tenant compte de leurs points de vue, des moyens d'éliminer ces obstacles (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2007).

Ce qui nous semble central dans les propos et les revendications des hommes concerne la reconnaissance et le respect de leur dignité humaine. Les hommes revendiquent plus d'écoute, plus de respect, plus de pouvoir sur leur vie, que leur voix soit entendue et leur expertise reconnue. Ceci exige un examen sérieux des politiques, des programmes et des pratiques qui s'adressent à eux afin d'éviter que ceux-ci renforcent la stigmatisation et la discrimination.

Les hommes mettent en évidence une série d'obstacles liés à leurs conditions de vie qui limitent leur capacité d'agir et proposent une série de mesures urgentes sur le plan des politiques de redistribution et des ressources. Ces revendications rejoignent celles de plusieurs groupes sociaux au Québec (par exemple, le Collectif pour un Québec sans pauvreté, le Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU), le Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ)). Plusieurs constatent l'inefficacité des programmes de réinsertion en emploi à offrir une sortie durable de la pauvreté (Malenfant, Lévesque M. et al. 2004). Les critiques des hommes et les suggestions offrent des pistes intéressantes pour améliorer les programmes, particulièrement pour les personnes éloignées du marché de l'emploi. Les collaborations entre ce secteur et le secteur sociosanitaire, tant institutionnel que communautaire, pourraient certainement être développées davantage.

Par ailleurs, il nous semble que les mesures concernant l'intégration sociale des personnes autrement que par le marché de l'emploi constituent des avenues intéressantes à creuser, notamment par la santé publique au moyen de ses programmes de développement des

communautés. La stratégie de lutte à la pauvreté mise en place par le gouvernement du Québec passe principalement par la valorisation du travail (Gouvernement du Québec 2010) et il nous semble que ce volet important y est négligé. Pourtant, il est question de besoins fondamentaux de l'être humain. En effet, pour que la vie quotidienne soit belle et significative, l'être humain ne peut pas rester en situation de survie, enfermé dans un univers restreint, marginal et solitaire. Les personnes ont d'autres besoins que s'alimenter ou dormir, notamment être en relation, s'épanouir et contribuer à la société dans laquelle ils vivent. La langue, l'éducation, la culture, la communication, les loisirs et le plaisir, les voyages, les vacances, les rencontres, le sport, la connaissance et la science, la spiritualité, la religion et la citoyenneté sont des éléments liés aux besoins fondamentaux de chaque humain.

Les solutions mises de l'avant par les hommes exigent une action de l'État, mais aussi des acteurs impliqués dans la construction des rapports sociaux de stigmatisation et de discrimination. Cet aspect rejoint notamment les propos de Christopher McAll, sociologue québécois qui s'est particulièrement intéressé à la question des rapports sociaux dans la genèse des inégalités sociales de santé et qui considère que la lutte à la pauvreté exige avant tout que les acteurs sociaux qui interviennent auprès des populations questionnent et changent « leur regard » (McAll, Fortier et al. 2000; McAll 2008; McAll 2008).

« Or la présence de la discrimination comme mécanisme central dans l'allocation des différentes ressources et la reproduction des inégalités est à peine mentionnée dans les textes portant sur la pauvreté et l'exclusion. Et pourtant, il y a un univers de rapports à explorer et à comprendre. (...) Il faudrait ainsi porter un nouveau regard sur la pauvreté, un regard d'autant plus inconfortable qu'il doit se tourner à la fois sur nos propres responsabilités comme porteurs de préjugés et constructeurs de frontières que sur celles d'un ensemble d'acteurs significatifs dont les comportements sont plus directement producteurs des trajectoires d'approfondissement. Dans la mesure où ces comportements sont discriminatoires, il faut avoir le courage politique de les nommer et de les sanctionner en nous servant des instruments juridiques que nous nous sommes donnés » (McAll, 2008, p118).

La lutte aux injustices et la mise en place d'un véritable programme de protection des droits sociaux identifiée par les hommes rencontrés est ainsi une avenue cruciale pour s'attaquer aux processus producteurs de pauvreté et rejoignent les revendications de la Coalition pour l'accès à l'aide juridique (Coalition pour l'accès à l'aide juridique 2011). Les critiques et les propositions des hommes sur les programmes en place nous amènent également à réfléchir sur

la philosophie qui guide la lutte à la pauvreté au Québec. Leurs propos rejoignent ceux d'un anthropologue québécois, Gilles Bibeau, qui travaille dans le domaine depuis longtemps et qui écrivait que le modèle de gestion de la pauvreté en vigueur dans notre société vise davantage à « discipliner » et « activer » les exclus qu'à les assister (Bibeau 2008; Bibeau and Fortin 2008).

Malgré leur originalité, les recommandations des hommes énoncées ci-dessus présentent des limites. Les principales ont trait au temps et aux démarches additionnelles dont nous aurions eu besoin pour approfondir l'analyse des solutions en leur compagnie. Il aurait été intéressant de mieux comprendre les liens qu'ils font entre des situations concrètes et le respect qu'ils recherchent. Nous reviendrons sur ces limites dans la conclusion de notre étude et la question est loin d'être épuisée. Malgré tout, ce travail exploratoire a permis d'identifier plusieurs pistes de réflexion et des propositions concrètes pour améliorer les politiques publiques, les programmes et les services offerts, dans la perspective des hommes eux-mêmes. Dans le prochain et dernier chapitre de cette thèse, après avoir rappelé les principaux constats de notre recherche en regard des objectifs qu'elle poursuivait, nous formulerons nos propres conclusions et recommandations par rapport à la recherche et à l'intervention, en insistant particulièrement sur les rôles de la santé publique dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

## **Chapitre 7 : Discussion générale et conclusion**

En premier lieu, ce dernier chapitre rappelle l'intention de la thèse et la question de recherche qu'elle posait. Suivent les principales conclusions tirées de notre étude en regard des trois objectifs qu'elle poursuivait et certaines pistes qu'elle ouvre pour la recherche et l'intervention. Finalement, nous discutons des forces et des limites de notre démarche.

### **7.1 Rappel de l'intention et des objectifs de la thèse**

Ce projet de recherche puise sa source dans nos diverses expériences professionnelles et personnelles en milieu de pauvreté au Québec et ailleurs, ainsi que dans notre profonde indignation face à tant de pauvreté dans une société aussi riche que la nôtre, où les inégalités socioéconomiques sont en croissance constante. Convaincue que la lutte à la pauvreté et à l'exclusion nous concerne toutes et tous, nous nous questionnions depuis plusieurs années sur le rôle que joue le secteur de la santé et, particulièrement, celui de la santé publique dans ces réalités. Nous étions perplexes : alors que la pauvreté est reconnue par la majorité des acteurs de la santé publique comme un puissant déterminant de la santé, ceux-ci demeurent généralement réticents et frileux à entreprendre des actions politiques pour la contrer alors qu'ils le font pour le tabagisme et la sédentarité. Par ailleurs, les personnes en situation de pauvreté que nous côtoyions nous rapportaient des expériences significatives, à la fois positives et négatives, avec les professionnels de la santé. Ces expériences avaient des conséquences parfois majeures dans leur vie, et ce, non seulement sur le plan de leur santé : elles affectaient aussi leur situation économique et sociale. Nous voulions analyser le rôle des professionnels de la santé en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale afin de formuler des suggestions d'amélioration de leurs pratiques.

À la suite de notre recension des écrits en 2005-2006 (chapitre 1), nous avons constaté que la pauvreté avait été étudiée surtout de façon transversale. Les études longitudinales existantes étaient majoritairement de nature quantitative et concentrées sur la pauvreté

économique. De là le constat d'un besoin de recherches qualitatives aptes à mettre au jour les processus qui mènent des personnes à vivre en situation de pauvreté ou à en sortir. Les mécanismes précis liant pauvreté et santé mal connus et mal compris constituaient, pour plusieurs, une avenue intéressante de recherche en santé publique. Nous avons également relevé que le rôle du système de santé et de celui de ses praticiennes et praticiens étaient souvent évacués des modèles explicatifs des inégalités sociales de santé. En effet, le rôle des services sociaux et de santé dans les trajectoires de vie de personnes en situation de pauvreté avait été peu examiné. Un tel angle d'approche nous semblait à la fois intéressant et novateur. Finalement, nous avons également constaté un certain engouement pour les recherches participatives et une reconnaissance accrue de leur contribution à la documentation de la construction des expériences humaines et sociales, favorisant ainsi la définition de stratégies pour provoquer des changements. Comme beaucoup d'autres, nous croyions en la richesse de ces approches et à leurs apports uniques au savoir. Nous avons donc décidé de retenir cette approche pour notre projet de recherche doctorale. Comme décrit dans le chapitre 2, nous avons effectué un pré-terrain dans un centre communautaire pour raffiner l'élaboration de notre projet et pour nous assurer de sa pertinence et de son adéquation aux besoins et réalités vécues. C'est d'ailleurs à ce moment que nous avons décidé de le centrer sur les hommes en situation de pauvreté, en raison des besoins et des lacunes identifiés, tant sur le terrain que dans la littérature.

Ainsi, nous avons conçu une recherche qui avait pour question principale : *Quel est le rôle des ressources sociosanitaires institutionnelles et communautaires et l'importance relative de leurs impacts dans les trajectoires de vie d'hommes en situation de pauvreté?* Le but ultime de notre recherche était de contribuer à l'avancement des connaissances sur le rôle de ces ressources dans la production, le maintien ou la réduction de la pauvreté et des inégalités sociales de santé. Ce but, nous l'avons poursuivi à travers trois objectifs. La prochaine section rappelle nos principaux constats en lien avec chacun de ces objectifs.



## **7.2 Les principaux constats et les principales contributions de la thèse à l'avancement des connaissances**

### **7.2.1 Premier objectif : Mieux comprendre les expériences et les représentations d'hommes vivant en situation de pauvreté quant à cette dernière et à la manière d'en sortir : constats et pistes<sup>34</sup>**

Rappelons que cet objectif a émergé en cours de projet. Nous avons constaté, dès les premières entrevues, des particularités inattendues sur le plan des représentations de la pauvreté et de sa sortie : elles méritaient un approfondissement. En effet, malgré une situation de pauvreté économique sévère, quelques hommes ne se considéraient pas comme « pauvres » et ne s'étaient pas positionnés dans les zones rouge et jaune de notre outil de collecte de donnée, zones désignant la pauvreté. Les participants avaient de plus ajouté à notre outil une couleur, le noir, pour indiquer une zone de profondeur additionnelle de la pauvreté. Nous avons discuté ce constat inattendu dans le cadre de notre premier article de thèse (chapitre 3) et avons émis quelques hypothèses à son propos, principalement en lien avec les parcours de vie des hommes rencontrés au sein de contextes sociohistoriques précis. Nous ne les reprendrons pas ici; cependant, nous souhaitons souligner une leçon simple, mais centrale qui en émerge : l'importance de comprendre et de prendre en compte les représentations et les points de vue des personnes directement concernées par les problèmes à l'étude, ou visées par les interventions. Malheureusement, les recherches, programmes et politiques sont trop souvent élaborés sans avoir pris le soin de définir avec les personnes concernées leurs problèmes et leurs besoins. Nous croyons que notre posture participative, de même que l'outil d'éducation populaire utilisé, ont permis de déceler des écarts de représentations que nous n'aurions pas repérés autrement. Le recours à des outils d'éducation populaire, qui n'est pas très fréquent en recherche, constitue à notre avis une voie à explorer davantage, particulièrement dans le cadre de recherches auprès de populations marginalisées ou peu alphabétisées. Plusieurs hommes ont souligné que l'outil *Rouge-jaune-vert* avait favorisé leur réflexion et la description de leurs expériences de pauvreté et de sorties de cette dernière. De façon générale, cet outil s'est avéré fonctionnel

---

<sup>34</sup> Les résultats détaillés entourant cet objectif sont présentés dans les chapitres 3 et 4.

et stimulant. Sa formulation et son utilisation pourraient être raffinées dans des études ultérieures.

Les représentations sociales de la pauvreté (chapitre 3) et les composantes de l'expérience de pauvreté (chapitre 4) recueillies dans le cadre de notre étude contribuent à enrichir la compréhension de ce phénomène en permettant notamment de repérer des dimensions importantes qui ne sont pas toujours prises en considération.

En effet, bien que la pauvreté soit aujourd'hui largement reconnue comme étant multidimensionnelle, elle continue à être appréhendée et mesurée de manière unidimensionnelle au moyen d'indicateurs relevant principalement de l'approche économique, en raison de l'absence de méthodes adéquates pour en saisir toutes les dimensions (Wagle 2002; Fusco 2007; Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale 2009). Nos résultats confirment la pertinence des conceptions multidimensionnelles de la pauvreté : les hommes rencontrés ont été bien au-delà de la composante économique et ont insisté sur les dimensions psychique, affective et sociale. Ainsi, les résultats exposés dans le chapitre 3 fournissent des pistes intéressantes à explorer afin de développer des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale qui tiennent compte de ces diverses dimensions.

Nos résultats mettent aussi en évidence l'intérêt particulier de l'approche des « capacités » d'Amartya Sen (Sen 2000). En effet, il en ressort avec force que la pauvreté et la sortie de cette situation sont avant tout des expériences socialement construites de mal ou de bien-être général. Or, l'approche des « capacités » conçoit la pauvreté comme privation de bien-être global (Fusco 2007). Elle propose aussi d'élargir l'évaluation du bien-être à d'autres dimensions que l'expérience économique pour inclure des dimensions psychologiques et sociales garantissant à l'individu les possibilités d'une participation active au sein de la société dans laquelle il vit. Selon Sen la pauvreté devrait être associée

davantage à la « vie appauvrie » par les conditions de vie difficiles qu'à la faiblesse de revenu.

Sen accorde une grande importance non seulement aux fonctionnements matériels, comme être bien nourri ou bien logé, élémentaires pour un niveau de vie de base, mais aussi aux fonctionnements non matériels, psychologiques et sociaux, comme avoir de l'estime pour soi, se divertir, être proche de ceux que l'on apprécie ou prendre part à la vie de la communauté. Les participants à notre étude ont fait ressortir tous ces éléments comme cruciaux. Comme Sen, nous avons constaté que le revenu et la précarité financière représentent une dimension importante mais incomplète du mal-être ou du bien-être. Les zones *noire et rouge*, désignées comme « *zones de pauvreté* » sont caractérisées par un cumul de problèmes de diverses natures au-delà de celui, central certes, du manque financier pour combler ses besoins de base.

Au-delà du revenu et de la question de l'accès aux ressources, les capacités personnelles d'utiliser les ressources demeurent primordiales pour Sen. Si les biens et services sont à la disposition des individus, la transformation de ces moyens en ce qu'il appelle des *accomplissements* n'est ni automatique ni identique pour toutes les personnes. Cette transformation dépend d'un ensemble de facteurs de *conversion* personnels, sociaux ou environnementaux. Cette idée se retrouve dans nos résultats des chapitres 3 et 4. Une avenue de recherche intéressante serait donc d'approfondir la conceptualisation et l'évaluation des différents aspects du bien-être, de la pauvreté et de sa sortie à l'aide de l'approche proposée par Sen.

Dans le chapitre 4, nous avons approfondi l'analyse des dimensions de la pauvreté selon les hommes participants. Bien qu'il soit prévu d'examiner plus en profondeur ces résultats à la lumière de théories et d'autres recherches empiriques sur la question, nous constatons que nos résultats corroborent les dimensions de la pauvreté mises en lumière par d'autres

auteurs. Pensons seulement à la stigmatisation et à la discrimination (Belle and Doucet 2003; Reid 2004; Underlid 2005; McAll 2008; Reutter, Stewart et al. 2009), à la disqualification sociale par la perte de protection et de reconnaissance sociales (Paugam 1991), à la désaffiliation des réseaux du travail et des réseaux relationnels (Castel 1994); à la vulnérabilité et aux rapports aux institutions sociales marqués par la dépendance (Roy 2008). Aussi, la place centrale de la souffrance exprimée par les hommes mériterait d'être liée aux écrits de Bibeau (Bibeau 2008; Bibeau and Fortin 2008). Selon lui, il faudrait donner une place beaucoup plus considérable à la notion de souffrance sociale, qui replace justement les souffrances individuelles au sein d'un contexte sociopolitique plus large permettant de mieux les expliquer. Cette notion a été évacuée des politiques et des programmes; pourtant, elle serait des plus utiles pour pousser la réflexion sur les inégalités sociales au sein d'un cadre éthique fondé sur la solidarité.

Enfin, d'autres recherches ayant recours à des méthodes participatives seraient particulièrement utiles pour approfondir les conceptions de la pauvreté qu'ont les hommes qui la vivent. Par exemple, il serait intéressant d'explorer leurs représentations au moyen de groupes de discussion plutôt qu'à partir d'entrevues individuelles. Cette technique pourrait permettre de passer des expériences personnelles à un partage collectif et d'ainsi repérer des mécanismes structurels à l'œuvre derrière ces représentations. D'autres explorations pourraient avoir lieu avec un plus grand éventail d'hommes vivant différentes situations de pauvreté, comme l'itinérance ou le travail précaire.

### **7.2.2 Deuxième objectif : Mieux cerner le rôle des ressources sociosanitaires dans les processus qui conduisent les hommes à entrer et parfois sortir de situations de pauvreté : constats et pistes<sup>35</sup>**

Lors des entrevues individuelles, les hommes rencontrés ont été invités à raconter les principaux jalons marquants de leurs parcours de vie qui ont entraîné des entrées, des maintiens et des sorties de situations de pauvreté, ainsi qu'à décrire leurs rapports aux

---

<sup>35</sup> Les résultats détaillés entourant cet objectif sont présentés dans le chapitre 5, qui inclut leur introduction à partir de l'outil d'éducation populaire Charlot Laforce, de même que dans le deuxième article de cette thèse.

ressources d'aide lors de ces moments. Parmi les moments charnières significatifs rapportés, nous retrouvons une panoplie de problèmes de santé physique aigus et chroniques, de problèmes de santé mentale, de problèmes sociaux; des expériences positives et négatives avec les ressources d'aide y figurent également. Les hommes rencontrés ont expliqué de quelles façons ces problèmes les ont plongés ou maintenus ou encore ont occasionné des chutes plus profondes dans une situation de pauvreté. Lorsqu'ils sont mal identifiés ou peu et pas soignés par le système de santé, ces problèmes pouvaient se détériorer et aggraver leurs situations de pauvreté. Même quand ils étaient déclarés légitimes et pris en charge par le système, nous avons constaté que ces problèmes n'étaient pas nécessairement résolus avec l'aide reçue; dans certains cas, ils se sont même aggravés.

Comme l'illustre bien l'image de Charlot Laforce, les ressources sociosanitaires d'aide peuvent influencer les trajectoires des hommes par rapport à la pauvreté ou à sa sortie en offrant de « *petits coups de pouce* » ou de « *grands tremplins* » pour améliorer la situation; elles peuvent aussi les maintenir ou les « *enfoncer* » davantage. Bien que d'autres recherches aient examiné les rapports entre les services sociaux et de santé et les personnes en situation de pauvreté, très peu ont examiné l'influence de l'action de ces services dans les trajectoires de vie des personnes. À cet égard, nos résultats concordent avec les constats de certaines recherches récentes qui montrent que les services sociaux et de santé peuvent, dans certains cas, aggraver les situations de pauvreté vécues par des personnes et contribueraient ainsi à renforcer les inégalités de santé (Malenfant, Lévesque M. et al. 2004; Reid 2004; Hart and Freeman 2005; Pauly, MacKinnon et al. 2009; Malterud 2010).

Dans notre deuxième article de thèse, nous avons approfondi le choix des hommes de ne pas recourir aux ressources sociosanitaires lors de moments de détresse où ils jugeaient pourtant avoir besoin d'aide, tant sur le plan de leur santé physique que sur celui de problèmes psychosociaux. Cette orientation avait été retenue pour diverses raisons. D'abord, le non-recours aux ressources sociosanitaires a été jugé problématique par les hommes eux-mêmes. De plus, ce phénomène a été peu étudié chez les hommes vivant la

pauvreté même s'il préoccupe grandement les milieux d'intervention. Finalement, le non-recours engendre des conséquences négatives tant sur les plans sanitaires que sur les plans politiques et sociaux, en soulevant notamment la question de l'accès aux droits (Warin 2009; Rode 2010).

Au-delà du non-recours, nous prévoyons approfondir l'analyse et les interprétations de nos résultats en ce qui a trait au rôle des ressources sociosanitaires dans les parcours de vie de nos participants. Toutefois, nous voulons insister sur trois grandes leçons tirées de nos résultats qui constituent des avenues intéressantes sur les plans de la recherche et de l'intervention.

En premier lieu, le phénomène du non-recours illustre parfaitement la rupture des liens entre les ressources d'aide et les hommes, en raison de divers éléments que nous avons explorés dans le chapitre 5. Les logiques derrière le non-recours témoignent, entre autres, des difficultés rencontrées avec le système de soins. Nos résultats concordent avec ceux de plusieurs études qui rapportent que les personnes en situation de pauvreté vivent plusieurs types d'expériences négatives avec les services de santé et services sociaux : elles ne se sentent pas comprises et se sentent méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées (McAll, Fortier et al. 2000; Dixon-Woods, Kirk et al. 2005; Ocean 2005; Reid and Hebert 2005; Rode 2005; Stewart, Reutter et al. 2005; Roy, Morin et al. 2006; Canvin, Jones et al. 2007; McAll 2008; Sakamoto, Khandor et al. 2008; Women's Budget Group 2008; Loignon, Bedos et al. 2009). Comme d'autres, nous pensons que les phénomènes de stigmatisation et de discrimination dans les soins méritent plus d'attention. Des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre et cerner ces phénomènes et prendre les mesures utiles pour les enrayer (Reid 2004; Dixon-Woods, Kirk et al. 2005; McAll 2008; Sakamoto, Khandor et al. 2008; Pauly, MacKinnon et al. 2009). Les craintes d'être jugés et blâmés, qui ressortent fortement des propos des hommes, indiquent qu'il y a lieu de mettre en place des interventions pour briser les préjugés autour de l'enjeu de la demande d'aide. La recherche concernant les rapports entre la pauvreté, la masculinité et la demande d'aide est sans doute

une avenue à poursuivre (Ruxton 2002; Galdas, Cheater et al. 2005; Strier 2005; Desgagné 2010). Elle pourrait notamment guider la mise en place de campagnes de sensibilisation qui viseraient à changer les normes sociales.

En second lieu, nos résultats montrent la grande méfiance que certains hommes ont envers le système de santé et confirment l'importance cruciale de la mise en place d'activités « *d'outreach* » ou de repérage actif, qui consiste à adapter les services aux citoyens plutôt que l'inverse et à tenter d'aller rejoindre les personnes là où elles se trouvent (Denoncourt, Desilets et al. 2000). Nos résultats confirment la pertinence de réfléchir à la mise en place de dispositifs d'accompagnement basés sur une approche de proximité ainsi que d'approches visant à développer le pouvoir d'agir des personnes (Wallerstein 2006; Sakamoto, Khandor et al. 2008). Comme le suggère notamment Wallerstein, l'élaboration de façons de faire avec les personnes concernées, en tenant compte des réalités spécifiques vécues autant par les hommes que par les femmes et des contextes culturels et sociaux précis, semble une avenue à la fois prometteuse et insuffisamment explorée.

Nos résultats sur l'inadéquation de la réponse des ressources d'aide corroborent aussi ceux d'autres études qui ont montré que lorsque les personnes en situation de pauvreté consultent, elles n'obtiennent pas nécessairement une aide répondant à leurs besoins psychosociaux et adaptée à leur situation (Belle and Doucet 2003; Waldegrave 2005; Anderson, Robins et al. 2006; Gélinau, Loudahi et al. 2006; Popay, Kowarzik et al. 2007; Ramon 2007; Neale, Tompkins et al. 2008; Sakamoto, Khandor et al. 2008; Dowrick, Gask et al. 2009; Smith, Chambers et al. 2009). Cette problématique est une voie de recherche prioritaire, surtout que les problèmes de santé mentale, de la détresse psychologique aux troubles mentaux, en passant par les abus de substances et le suicide, sont des préoccupations importantes au Québec (ministère de la Santé et des Services Sociaux 2003; ministère de la Santé et des Services Sociaux 2005). Cela est particulièrement vrai pour les personnes à faible revenu, qui sont davantage touchées que les personnes mieux nanties (Caron and Liu 2010). Nous avons besoin d'études pour mieux comprendre, à partir de la

perspective des personnes en situation de pauvreté, les problèmes qu'elles rencontrent dans l'accès aux services d'aide et dans leur utilisation. Nos résultats indiquent aussi une méconnaissance et un manque de compréhension des souffrances et des réalités vécues par les personnes en situation de pauvreté. Les professionnels des milieux institutionnels ne semblent pas saisir les codes, les signes et les symptômes des hommes qui vivent la pauvreté; au final, ce sont ces derniers qui sont pénalisés. Améliorer la compétence des professionnels du système de santé et des autres ressources à saisir, à apprécier la dimension sociale des problèmes individuels et à agir en conséquence demeure donc d'une grande actualité (Loignon, Haggerty et al. 2010 ; Waldegrave 2005; Furler 2006; Gupta and Blewett 2008; Smith, Chambers et al. 2009).

Nos résultats témoignent également des difficultés du système de santé à recevoir les personnes dans « les zones grises », c'est-à-dire les personnes qui ne correspondent pas aux critères et conditions des programmes et services. Nos résultats illustrent la tendance à compartimenter les programmes et les services, alors que les besoins des hommes sont multiples et se situent à différents plans. La faiblesse des prises en charge actuelles semble venir du fait que la situation de la personne n'est pas considérée dans son ensemble, mais scindée selon des points de vue sociaux et médicaux. En ce sens, il faudrait réfléchir au développement de prises en charge, tant globales que continues, afin de soutenir des personnes confrontées à des problèmes de plusieurs natures.

À cet effet, comme le suggèrent Popay et ses collaborateurs (2007), qui ont constaté les difficultés des médecins à composer avec les problèmes sociaux de leurs patients en situation de pauvreté, nous croyons qu'il serait bien d'améliorer les collaborations entre les ressources d'aide sanitaires et sociales. Ces auteurs proposent notamment de multiplier et de renforcer les « prescriptions sociales » des professionnels de la santé vers les ressources communautaires, par exemple de promotion des droits, pour mieux répondre aux besoins psychosociaux des personnes vivant la pauvreté. Nous croyons que la consolidation de ces collaborations entre milieux institutionnels et communautaires constitue une avenue



intéressante, surtout lorsqu'on considère le rôle des ressources d'aide communautaire sur le plan psychosocial. Évidemment, cette proposition suppose de reconnaître et de mieux soutenir l'expertise des milieux communautaires, ce qui, selon plusieurs, n'est pas le cas actuellement au Québec (Bourque 2004; Poirier 2005; Bourque 2009). Les réformes récentes dans le domaine de la santé ont entraîné un recentrage des missions des organismes publics sur les enjeux proprement de santé au détriment de la prévention primaire et des enjeux sociaux. Il faut le déplorer : la conjoncture est plutôt défavorable aux mouvements sociaux et à l'organisation communautaire, et les organismes communautaires perdent progressivement de l'autonomie en étant poussés de plus en plus vers une sous-traitance étroitement définie, en remplacement des services publics amoindris.

En troisième lieu, à l'instar d'autres auteurs, nous pensons qu'il est important de trouver des manières d'accroître la participation des personnes en situation de pauvreté dans les soins et les ressources d'aide et de créer des espaces de dialogue pour que les hommes se sentent partie prenante et s'approprient les services (Ontario Prevention Clearinghouse., Ontario Women's Health Network. et al. 2006; Gilson, Doherty et al. 2007; Gupta and Blewett 2008; Sakamoto, Khandor et al. 2008). La démocratisation du fonctionnement des institutions et organismes pourrait favoriser un meilleur équilibre de pouvoir entre usagers et intervenants et il nous semble intéressant de mener des recherches participatives à ce sujet. L'intégration du point de vue des usagers pourrait favoriser autant la qualité que la gestion des services.

### **7.2.3 Troisième objectif : Identifier des pistes d'interventions pertinentes en matière de lutte à la pauvreté, et ce, à partir des savoirs d'expérience recueillis : constats et pistes<sup>36</sup>**

Nos résultats de recherche offrent une perspective différente sur les besoins non comblés des hommes en situation de pauvreté ainsi que sur les obstacles qui nuisent à leur capacité d'agir. Ils fournissent également plusieurs pistes quant aux moyens à mettre en œuvre. Au

---

<sup>36</sup> Les résultats autour de cet objectif se retrouvent dans le chapitre 6 de cette thèse.

chapitre 6, nous avons regroupé les suggestions des participants en cinq grandes catégories: l'amélioration du revenu et des conditions de vie, l'accès à un travail décent et stable, l'intégration de la contribution des personnes hors du marché de l'emploi, l'amélioration des services d'aide et un meilleur respect des droits humains.

Ces résultats confirment la nécessité d'adopter une approche globale d'intervention dans la lutte à la pauvreté. Des actions multidimensionnelles et visant simultanément plusieurs conditions sont requises. Les solutions mises de l'avant par les hommes exigent une action de l'État et d'autres acteurs de la société. Le respect de la dignité humaine est central dans les propos et les recommandations formulées par les hommes rencontrés. Cette préoccupation exige que soient examinées les politiques et les pratiques qui les concernent afin d'éviter qu'elles ne soient source de stigmatisation et de discrimination.

Le secteur de la santé et des services sociaux étant fondamental pour le bien-être de l'ensemble de la population, il l'est nécessairement dans la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Nos résultats suggèrent qu'une réflexion s'impose non seulement sur les services curatifs, mais aussi sur les programmes de prévention et de promotion de la santé. Comme Lombrail (2004) le souligne, les systèmes de santé peuvent produire des inégalités d'accès à la fois par « omission », en ne reconnaissant pas les besoins des personnes, ou par « construction », en ne tenant pas compte des inégalités inhérentes aux programmes. La poursuite du travail de recherche autour de ces deux dimensions est essentielle.

Aussi, comme le soutiennent (Raynault and Loslier 2008), le secteur de la santé publique peut contribuer au développement et à la mise en place de stratégies pour diminuer les impacts de la pauvreté sur la santé et réduire les conséquences socioéconomiques de problèmes de santé. En collaboration avec d'autres secteurs de la société, la santé publique peut participer au développement d'interventions visant à diminuer la pauvreté, l'exclusion

sociale et les inégalités. Par exemple, les activités de prévention et de promotion de la santé visant l'amélioration des milieux environnants pourraient être renforcées. Ce travail pourrait prendre la forme de programmes de développement des communautés ou encore de politiques publiques favorables à la santé. Bref, à l'instar de Dennis Raphaël nous pensons que la santé publique aurait avantage à se positionner plus clairement sur les enjeux de la lutte à pauvreté, à l'exclusion sociale et aux inégalités ainsi qu'à défendre certaines orientations plus collectives qu'individuelles (Raphael 2007; Raphael In press).

Sur le plan de la recherche, l'analyse que nous avons amorcée avec les hommes afin de dégager des solutions plus fines et plus concrètes y gagnerait à être poursuivie. Des recherches-actions, comme celle menée récemment par le Joseph Rowntree Foundation (Women's Budget Group 2008) sur le développement des capacités de personnes vivant la pauvreté, en lien avec des actions politiques concrètes, pourraient servir de modèles. Dans le cas de l'étude anglaise citée, des femmes en situation de pauvreté ont pu exprimer leurs expériences de la pauvreté et ont analysé le contexte politique et le processus de prise de décision des politiques publiques (*policymaking process*). Elles ont ainsi pu développer des propositions concrètes pour améliorer leur situation, en dialogue constant avec les décideurs politiques (Women's Budget Group 2008). À notre avis, ce type de projets se révèle potentiellement riche et efficace.

### **7.3 Quelques limites et forces de la recherche**

Nous avons, comme décrit dans le chapitre 2, porté une attention particulière à la rigueur et à la qualité de notre travail. Plusieurs moyens ont été utilisés pour répondre aux critères de scientificité de la recherche qualitative interprétative ainsi que pour assurer la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation des résultats. Ces moyens vont d'une présence prolongée dans le milieu à la description étoffée du contexte et du processus de la recherche, en passant par l'observation participante, la vérification des résultats auprès de certains participants et des rencontres régulières avec notre comité de recherche. Malgré ces

efforts, la présente étude comporte certaines limites. Nous en faisons état avant de présenter ses principales forces.

### **7.3.1 Quelques limites de la recherche**

Premièrement, notre étude comporte certaines limites attribuables au mode de recrutement et à son échantillon. La recherche s'est effectuée dans un milieu restreint, c'est-à-dire que le recrutement des participants s'est tenu au sein d'un seul organisme communautaire. Or, chaque organisme attire une population particulière en raison des services qu'il offre. Ceci réduit la portée des résultats à certains égards, mais, bien qu'on ne puisse parler de généralisation, plusieurs de nos constats se révéleront certainement pertinents pour d'autres groupes communautaires et pour les établissements de santé et de services sociaux qui desservent des hommes en situation de pauvreté à Montréal, voire ailleurs au Québec.

Deuxièmement, malgré tous nos efforts de recrutement, certains types d'hommes n'ont pu être rejoints et participer à la recherche, et ce, pour diverses raisons. Par exemple, il a été difficile de rejoindre les hommes avec de jeunes enfants ou ceux âgés de moins de 35 ans. De plus, aucune personne atteinte de problèmes de santé mentale sévères n'a participé à la recherche. Ainsi, il est possible que le profil des participants fréquentant l'organisme soit différent de celui des personnes qui n'ont pas pu ou voulu participer. Cette situation pourrait être prise en compte dans de futurs travaux.

Troisièmement, recueillir les propos de personnes blessées par la vie et les analyser a posé de nombreux défis. Plusieurs participants ont dès le départ raconté leurs craintes, leurs méfiances et nous ont fait part de leurs difficultés à articuler correctement leurs propos. De plus, l'analyse des verbatims s'est avérée relativement complexe. Il a fallu non seulement bien saisir les expressions locales, mais aussi bien saisir et bien comprendre le langage imagé afin de faire émerger les messages de fond. Le fait d'avoir validé nos interprétations en groupes de discussion a certainement permis de pallier en partie ces limites.

Quatrièmement, une autre limite de notre étude tient au nombre d'angles explorés en entrevue avec les hommes. Il est évident qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'approfondir leurs réflexions sous tous ces angles : représentations de la pauvreté, analyse des moments marquants, rapports aux ressources d'aide et recommandations, etc. Des recherches se penchant exclusivement sur chacun de ces enjeux ou encore donnant l'occasion de les approfondir au cours d'entrevues répétées permettraient de faire avancer les connaissances. Cependant, la difficulté de rencontrer des hommes vivant les duretés de la pauvreté au quotidien ne doit pas être sous-estimée. Cette difficulté, nous avons dû y faire face. Nous croyons toutefois que le temps dévolu à fréquenter l'organisme en dehors des entrevues proprement dites et la confiance mutuelle qui s'est établie entre nous et les hommes nous a permis de recueillir des propos et des réflexions remarquablement féconds.

Cinquièmement, plusieurs hommes ont refusé de participer aux groupes de discussion, ne se sentant pas confortables de s'exprimer librement devant un groupe sur un sujet aussi délicat que la pauvreté. Cela a posé des défis particuliers lors de l'animation : plusieurs n'avaient clairement pas l'habitude de participer à des groupes. Nous avons tenté de composer avec cette situation, notamment en utilisant un outil d'éducation populaire imagé pour présenter nos résultats. Cependant, les démarches en groupes sont demeurées des sources de tensions et d'inconforts pour certains, ce qui a pu influencer la teneur des propos recueillis.

Finalement, même si nous avons introduit deux chapitres de résultats complémentaires, une thèse par article oblige à faire des choix déchirants. Plusieurs données de même que certaines analyses préliminaires n'ont malheureusement pas été incluses dans notre thèse. Elles feront l'objet de publications ultérieures.

### **7.3.2 Quelques forces de la recherche**

Malgré les limites évoquées ci-dessus, nous demeurons néanmoins persuadée que les propos recueillis et analysés offrent une perspective différente et apportent une contribution originale et significative aux connaissances.

Chacun des thèmes et enjeux couverts par nos objectifs est habituellement étudié sous des angles aussi précis que restreints et très rarement d'un point de vue plus général, encore moins à partir des propos des personnes concernées. L'utilisation de méthodes qualitatives et le souci de donner la parole à des hommes qui vivent la pauvreté et dont les expériences n'ont été jusqu'à maintenant que très peu prises en compte, nous ont donné la possibilité de pousser plus loin la compréhension de leurs expériences de pauvreté et d'exclusion sociale. Les propos énoncés par ces hommes difficilement accessibles montrent leur volonté de saisir, lorsqu'on la leur offre, l'occasion d'analyser leur situation. Leurs paroles contribuent à raffiner certaines connaissances scientifiques et apportent des éléments nouveaux, tant sur le plan de la recherche que de la pratique.

Par ailleurs, sur le plan de la méthode, nous croyons que notre posture participative a favorisé des changements de direction appropriés. Le recours à des outils d'éducation populaire, rarement utilisés en recherche, nous est apparu une avenue particulièrement féconde, à continuer à approfondir. Ces outils imagés se révèlent particulièrement efficaces dans le cadre de recherche auprès de populations marginalisées ou peu alphabétisées. Ainsi, plusieurs hommes ont souligné que l'outil « Rouge-jaune-vert » partait d'une image qui facilitait la réflexion et l'expression d'expériences relatives à la pauvreté et sa sortie. De plus, cet outil a favorisé l'apparition d'une nouvelle zone de représentations (le « noir ») et a permis l'émergence d'un nouvel objectif de recherche en cours de route. De façon générale, ces outils se sont avérés fonctionnels et stimulants et pourraient être raffinés davantage pour des études ultérieures.

Enfin, ce ne sont ni les pistes de recherche, ni celles d'intervention qui manquent à la suite de notre travail. Notre étude ouvre de nombreuses perspectives. Elle démontre qu'impliquer directement des personnes vivant des situations de pauvreté pour l'élaboration, la mise en place et l'évaluation de recherches, d'interventions, de programmes ou de politiques recèle un potentiel indéniable.

## **Conclusion**

Tout au long de notre projet de recherche, les hommes rencontrés ont martelé, sous différentes formulations, les mêmes messages. Ils ont insisté sur le fait que la pauvreté devait être appréhendée de manière multidimensionnelle, car elle affecte l'ensemble de la personne. Ils ont déploré l'inadéquation des ressources sociosanitaires d'aide par rapport à leurs besoins. Pire, ils ont souligné qu'elles renforçaient souvent la discrimination et la stigmatisation à leur endroit, leurs interventions allant même jusqu'à maintenir ou aggraver leur situation de pauvreté. Ce constat est souvent la conséquence du manque d'écoute et de prise en considération des propos des personnes vivant la pauvreté. Pourtant, celles-ci ne manquent ni d'idées, ni d'opinions, ni de propositions pour améliorer un système qui, en théorie, doit servir et protéger l'ensemble de la population.

Bref, tout au long de notre projet de recherche, les hommes rencontrés ont fortement plaidé en faveur de l'humanisation et la personnalisation des soins de santé et des services sociaux, tant institutionnels que communautaires. À l'heure actuelle, avec un paradigme dominant orienté sur les préoccupations de gestion, une amorce de privatisation des soins de santé, le désengagement de l'État, l'imposition d'une contribution en santé et le désengorgement du système public par un recours à la sous-traitance aux organismes communautaires, la tendance va plutôt dans le sens contraire au Québec.

Suivant les recommandations des hommes rencontrés, notre souhait le plus cher est que notre étude contribue au mouvement d'humanisation des soins. Si « l'injustice tue à grande

échelle », comme l'affirme l'Organisation mondiale de la santé à la page 4 (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 2008), les propositions de ceux qui la connaissent intimement sont sans doute parmi les meilleures armes dont nous disposons pour la faire cesser. Ainsi, nous espérons avoir participé à leur diffusion avec toute la force et la justesse qu'elles méritent.



## Bibliographie

- Anderson, C. M., Robins, C. S., Greeno, C. G., Cahalane, H., Copeland, V. C., & Andrews, R. M. (2006). Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: Perceived barriers to care. *Qualitative Health Research, 16*(7), 926-943.
- Asselin, L. M., & Daudelin, A. (2000). *Mesure de la pauvreté: un cadre conceptuel*. Montréal: Centre canadien d'étude et de coopération internationale.
- Association canadienne de santé publique (ACSP). (2004). *2000 RÉSOLUTION ACSP NO 2. Réduction de la pauvreté et de ses effets négatifs sur la santé*. Ottawa: Association canadienne de santé publique (ACSP).  
<http://www.cpha.ca/francais/policy/resolu/2000s/2000/page2.htm>.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada - AIIC. (2005). *Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers :Résumé des enjeux*. Ottawa.
- Banks, I. (2004). New models for providing men with health care. *The International Journal of Men's Health & Gender, 1*(2-3), 155-158.
- Barry, B. (1998). *Social Exclusion, Social Isolation and the Distribution of Income*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion.London School of Economics.
- Bedos, C., Brodeur, J. M., Boucheron, L., Richard, L., Benigeri, M., Olivier, M., et al. (2003). The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Social Science & Medicine, 57*(11), 2089-2099.
- Bedos, C., Levine, A., & Brodeur, J. M. (2009). How People on Social Assistance Perceive, Experience, and Improve Oral Health. *Journal of Dental Research, 88*(7), 653-657.
- Bedos, C., Tubert, S., Loignon, C., Brodeur, J. M., Allison, P., Richard, L., et al. (2006). A qualitative investigation of how French and Canadian dentists perceive poverty. *European Journal of Public Health, 16*, 123-123.
- Belle, D., & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among US women. *Psychology of Women Quarterly, 27*(2), 101-113.
- Bennett, F., & Roberts, M. (2004). *From input to influence: Participatory approaches to research and inquiry into poverty*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Bernard, P. (2006). *SOL6541 - Inégalités sociales et marché du travail: la perspective des parcours de vie*. Montréal: Département de sociologie, Université de Montréal.
- Bernard, P., & McDaniel, S. (2008). *The lifecourse as a Policy Lens: Challenges and Opportunities*. Ottawa: Human Resources and Social Development Canada.
- Bernard, P., & Raynault, M. (2004). Inégalités sociales de santé: feux, contre-feux et piliers de bien-être. *Santé, Société et Solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, 2*, 49-58.
- Bertaux, D. (2005). *Le récit de vie: l'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin.
- Bibeau, G. (2008). Entre mépris et vie nue, la souffrance sociale. In L. Blais (Ed.), *Vivre à la marge: réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 185-211). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bibeau, G., & Fortin, S. (2008). Inégalités et souffrance sociale: une approche anthropologique. In K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers & P. Bernard

- (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (pp. 111-139). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Blane, D. (1999). The life course, the social gradient and health. In M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bouffard, J. (2002). *C.A.P. sur la santé : Rapport d'enquête sur la santé de citoyens et citoyennes du quartier Hochelaga-Maisonneuve qui utilisent les services du CAP St-Barnabé*. Montréal: CAP St-Barnabé.
- Bourque, D. (2004). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires*. Montréal: LAREPPS.
- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*. Paper presented at the Colloque européen (CEFUTS): Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires.
- Bowen, G. A. (2005). Preparing a qualitative research-based dissertation: lessons learned. *The qualitative Report*, 10(2), 208-222.
- Burke, S. (2001). *Setting health targets for poverty strategies. A background research paper*. Dublin: The Institute of Public Health in Ireland.
- Canvin, K., Jones, C., Marttila, A., Burstrom, B., & Whitehead, M. (2007). Can I risk using public services? Perceived consequences of seeking help and health care among households living in poverty: qualitative study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 984-989.
- Caron, J., & Liu, A. (2010). A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Diseases in Canada*, 30(3), 83-94.
- Carrefour d'alimentation et de partage St-Barnabé (CAP). (2006). *Bilan des activités 2005-2006 et plan d'action 2006-2007*. Montréal: CAP St-Barnabé.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers de recherche sociologique. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 12-27.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale. (2008). *Le faible revenu au Québec : un état de situation*. Québec: Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale, Gouvernement du Québec.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale. (2009). *Prendre la mesure de la pauvreté: proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalité et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*. Québec: Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale. Gouvernement du Québec.
- Chambers, R. (1997). *Whose Reality Counts? Putting the First Last*. London: Intermediate Technology Publications.
- Chambers, R. (2005). *Participation, Pluralism and Perceptions of Poverty*. Paper presented at the International Conference: The many dimensions of poverty, Brazil - 29-31 august.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE Publications Ltd.
- Clément, M., Dupéré, S., & Perreault, M. (2004). *La conception de la santé chez des hommes en situation de pauvreté. Rapport de recherche*. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- Coalition pour l'accès à l'aide juridique. (2011). Coalition pour l'accès à l'aide juridique., 2011, from <http://www.servicesjuridiques.org/coalition/html/lacoalition.html>
- Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2000). *Proposition pour une loi sur l'élimination de la pauvreté*. Québec: Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté.
- Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2005). *Couvrir les besoins et sortir de la pauvreté au Québec: une démarche citoyenne*. Québec: Collectif pour un Québec sans pauvreté.
- Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2005). Ni reculs, ni baisse d'impôts. *La soupe au Caillou, 191*, 1-2.
- Comité AVEC. (2006). *Le projet Avec (2006-2013). Proposition du Collectif pour un Québec sans pauvreté à la Fondation Lucie et Andrée Chagnon*. Québec: Collectif pour un Québec sans pauvreté.
- Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2007). *Planification et orientations 2006-2009 : collectivement plus riches de moins de pauvreté, nous serons mieux...* Québec.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2005). *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé: document de travail*. Ottawa: ministère de la Santé.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action*. Québec: ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. (2008). *Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Résumé analytique du rapport final*. Genève 34 p. Traduit pas l'INPES. : OMS.
- Concialdi, P. (2003). Deux sociétés de plus en plus riches face à leurs exclus. *Santé, Société et Solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, 1*, 5-15.
- Conseil Canadien de développement social (CCSD). (2001). *Définir et redéfinir la pauvreté : le point de vue du CCSD*. Toronto: Conseil Canadien de développement social (CCSD) (Consulté le 13 avril 2004 :[www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm](http://www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm)).
- Conseil de l'emploi des revenus et de la cohésion sociale (CERC). (2002). *Estimer l'évolution récente de la pauvreté* (( Document disponible à: <http://www.cerc.gouv.fr/>)). Paris: CERC.
- Conseil national du bien-être social. (2006). *Profil de la pauvreté, 2002 et 2003*. Ottawa.
- Couffinal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Bulletin d'information en économie de la santé - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)*, 92(février), 1-6.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medecine*, 50, 1385-1401.

- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Curry-Stevens, A. (2004). Income and income distribution. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health* (pp. 21-38). Toronto: Canadian Scholars' Press, Inc.
- Curtis, L. J., & Pennock, M. (2006). Social assistance, lone parents and health - What do we know, where do we go? *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 97, S4-S10.
- Damon, J. (2008). *L'exclusion*. Paris: Presses universitaires de France.
- Davey Smith, G., Gunnell, D., & Ben-Shlomo, Y. (2001). Life course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. In D. A. Leon & G. Walt (Eds.), *Poverty, inequality and health: an international perspective* (pp. 88-124). Oxford: Oxford University Press.
- David. (2003). The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. *American Journal of Public Health*, 93(5), 724-731.
- DeGroot-Magetti, G. (2002). *A measure of poverty in Canada: a guide to the debate about poverty lines*. Ottawa: Public Justice Resource Centre.
- Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J., & Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 178-193.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). Introduction: the discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desgagné, J.-Y. (2010). *Pauvreté et masculinité : un objet en émergence*. Paper presented at the Association Francophone pour le Savoir (ACFAS),.
- Deslauriers, J. P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-112). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur ltée.
- Dewilde, C. (2003). A life-course perspective on social exclusion and poverty. *The British Journal of Sociology*, 54(1), 109-128.
- Direction de la santé publique, Ville de Montréal, & Centraide du Grand Montréal. (2002). *Conseil pour le développement local et communautaire d'Hochelaga Maisonneuve*. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Centre.
- Dixon-Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., & Harvey, J. (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical review*. London: NCCSDO.
- Dowrick, C., Gask, L., Edwards, S., Aseem, S., Bower, P., Burroughs, H., et al. (2009). Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *Bmc Health Services Research*, 9(1), 226.
- Dupere, S., & Disant, M.-J. (2005). *Réflexions sur les ancrages théoriques du concept de pauvreté*. Québec: Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- Dupéré, S., Ridde, V., O'Neill, M., Pederson, A., & Rootman, I. (2006). Conclusion: entre l'arbre et le rhizome. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 488-510). Québec: Les presses de l'Université Laval.

- Fals Borda, O. (2001). Participatory (Action) Research in Social Theory: Origins and Challenges In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research. Participative Inquiry and Practice* (pp. 27-37). London: SAGE Publications.
- Feachem, R. G. A. (2000). Pauvreté et inégalité: une problématique pour le XXI<sup>e</sup> siècle. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*(3), 1-17.
- Finnie, R., & Sweetman, A. (2003). Poverty dynamics: empirical evidence for Canada. *Canadian Journal of Economics-Revue Canadienne D Economique*, 36(2), 291-325.
- Forster, M., Dupéré, S., Bouffard, J., & Clément, M. (2005). *Deprivation and health: does the social and material gradient persist among the poorest? Results from a health survey held in Montreal (Canada)*. Paper presented at the XVIIth IEA World Congress of Epidemiology, Bangkok.
- Fréchet, G., & Lanctôt, P. (2003). Pauvreté, inégalités et exclusion sociale au Québec. *Santé, Société et Solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, 1, 21-41.
- Frohlich, K. L., & Poland, B. (2006). Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de mode de vie collectifs. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *La promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 62-80). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (1999). Health promotion through the lens of population health: toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, 9(3), 211-222.
- Frohlich, K. L., Ross, N., & Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*, 79(2-3), 132-143.
- Furler, J. (2006). Social determinants of health and health inequalities: what role for general practice. *health promotion journal of australia*, 17(3), 264-265.
- Fusco, A. (2003). *On the definition and measurement of poverty: The contribution of multidimensional analysis*: Centre d'Études en Macroéconomie et Finance Internationale (CEMAFI).
- Fusco, A. (2007). *La pauvreté: un concept multidimensionnel*. Paris: L'Harmattan.
- Galabuzi, G. E. (2004). Social exclusion. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- Galabuzi, G. E., & Labonte, R. (2002). *L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé*: Santé Canada.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- Gaudet, M. (1993). *Pauvreté, inégalité, exclusion: nouveau des approches théoriques et des pratiques sociales*. Genève: Institut International d'études sociales.
- Gélineau, L., Brisseau, N., Loudahi, M., Bourgeois, F., Potin, R., & Zundi, L. (2008). *Rapport de la recherche qualitative: la spirale de l'itinérance au féminin: pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*. Québec.
- Gélineau, L., Loudahi, M., Bourgeois, F., Brisseau, N., Potin, R., & Zoundi, L. (2006). Le droit à sa place. *Recherches Féministes*, 19(2), 125-141.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Université de Montréal, Montréal.
- George M.A., Green L.W., & Daniel, M. (1996). Evolution and Implications of PAR for Public Health. *Promotion et Éducation*, 3(4), 6-10.

- Giele, J. Z., & Elder, G. H. (1998). *Methods of Life Course Research: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). *Challenging inequity through health systems*. Geneva: WHO.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches Qualitatives*, 24, 3-17.
- Goldberg, M., Melchior, M.; Leclerc, A., Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75-128.
- Gondard-Delcroix, C. (2003). *Les analyses qualitatives de la pauvreté: continuité ou rupture ?* Montesquieu-Bordeaux: Centre d'Économie du Développement/Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Gouvernement du Québec. (2010). *Le Québec mobilisé contre la pauvreté. Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*.
- Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2005-2016.
- Green, L., O'Neill, M., Westphal, M., & Morisky, D. (1996). Les défis de la recherche participative en promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 3(4), 4-5.
- Groulx, L. H. (1997). Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 55-84). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur Ltée.
- Groulx, L. H. (2003). La stratégie de lutte contre la pauvreté: comparaison France-Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 211-217.
- Groupe de recherche Quart Monde-Université. (1999). *Le Croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et l'Université pensent ensemble*. Paris: Éditions Quart Monde.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, California: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi.: Sage publications.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches Qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Gupta, A., & Blewett, J. (2008). Involving services users in social work training on the reality of family poverty: a case of a collaborative project. *social Work Education*, 27(5), 459-473.
- Gwatkin, D. (2000). Inégalités de santé et santé des pauvres: que sait-on et que peut-on faire? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 3, 3-17.
- Hart, A., & Freeman, M. (2005). Health 'care' interventions: making health inequalities worse, not better? *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 502-512.
- Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effect on health in adulthood. *Annual NY Acad science*, 896, 85-95.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2004). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Institut de la statistique du Québec, & ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2006). *Recueil statistique sur la pauvreté et les inégalités socioéconomiques au Québec*. Québec.

- Jackson, A. (2002). *The Unhealthy Canadian Workplace*. Paper presented at the Conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie.
- Judge, K., & Peterson, I. (2001). *Poverty, Income Inequality and Health*. Scotland.
- Kanbur, R., & Squire, L. (1999). *The evolution of thinking about poverty: exploring the interactions*. Washington DC: World Bank.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647-652.
- Kelly, M. P., Bonnefoy, J., Morgan, A., & Florenzano, F. (2006). *The development of the evidence base about the social determinants of health*: World health organisation.
- Kemp, P., Bradshaw, J., Dornam, P., Finch, N., & Mayhew, E. (2004). *Routes out of poverty: a research review*. York.
- Kickbusch, I., & Payne, L. (2003). Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International*, 18(4), 275-278.
- Kotari, U., & Hulme, D. (2004). *Narratives, stories and tales: understanding poverty dynamics through lihe histories*. Manchesyer, UK: Institute for Development Policy and Management, University of Manchester.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), 693-700.
- Labonte, R. (2004). Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promotion International*, 19(1), 115-121.
- Labrie, V. (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture. Collection : instruments de travail no4.
- Labrie, V. (2000). *Une expérience citoyenne au Québec: le Carrefour des savoirs sur les finances publiques. Quand l'expertise des excluEs contribue à la construction des savoirs*. Québec: Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté.
- Laderchi, C. R. (2001). *Participatory methods in the analysis of poverty: a critical review*. Oxford: University of Oxford.
- Laderchi, C. R., Saith, R., & Stewart, F. (2003). Does it matter that we don't agree on the definition of poverty? A comparison of four approaches. *Working papaer number 107, QEH Working Papers Series, University of Oxford*, 41.
- Laderchi, C. R., Saith, R., & Stewart, F. (2003). *Does it matter that we don't agree on the definition of poverty? A comparision of four approaches*. Oxford, UK,.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée ( grounded theory): démarches analyytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Boucherville: Gaetan Morin Éditeur ltée.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart (Ed.), *Recherche qualitative: enjeux épistémologique et méthodologiques*. Boucherville, Québec: Gaetan Morin Éditeur ltée.
- Lefebvre, C. (2004). *Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans*: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Lessof, C., & Jowell, R. (2000). *Measuring Social Exclusion*. UK: Centre for Research into Elections and Social Trends, University of Oxford. (Document disponible à: <http://www.crest.ox.ac.uk>).
- Levin, B. (2004). Pauvreté et éducation au centre-ville. *Horizons*, 7(2), 45-50.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Liu, W. M., Stinson, R., Hernandez, J., Shepard, S., & Haag, S. (2009). A Qualitative Examination of Masculinity, Homelessness, and Social Class Among Men in a Transitional Shelter. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(2), 131-148.
- Lock Kunz, J., & Franck, J. (2004). L'hydre de la pauvreté. *Horizons, 7*(2), 4-8.
- Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J. M., & Bedos, C. (2010). Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas. *Journal of Dental Research, 89*(9), 991-995.
- Loignon, C., Bedos, C., Sevigny, R., & Leduc, N. (2009). Understanding the self-care strategies of patients with asthma. *Patient Education and Counseling, 75*(2), 256-262.
- Loignon, C., Haggerty, J. L., Fortin, M., Bedos, C. P., Allen, D., & Barbeau, D. (2010). Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *Bmc Health Services Research, 10*, 79-86.
- Lollivier, S. (2003). Inégalités et pauvreté: limites conceptuelles et tendances récentes. *Santé, Société et Solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, 1*, 149-159.
- Lollivier, S., & Verger, D. (2005). Trois apports des données longitudinales à l'analyse de la pauvreté. *Économie et Statistique, 383-384-385*, 245-282.
- Lombrail, P. (2000). Accès aux soins. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean & T. Lang (Eds.), *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La découverte.
- Lombrail, P., Pascal, J., & Lang, T. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, Société et Solidarité : revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, 2*, 61-71.
- Lynch, J. W., Smith, G. A., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal, 320*, 1220-1224.
- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond what are the issues? *Social Science & Medecine, 44*(6), 723-745.
- Mackenbach, J. P. (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: The case of the Netherlands. *International Journal of Health Services, 33*(3), 523-541.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., & Pol, E. N. I. (2003). Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet, 362*(9393), 1409-1414.
- Malenfant, R., & Lévesque, M. (2005). Trajectoires reliées à la pauvreté et santé des femmes. *Médecins du Québec, 40*(9), 103-105.
- Malenfant, R., Lévesque M., Jetté, M., & White, D. (2004). *Étude de trajectoires liées à la pauvreté*. Québec: Recherches sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail (RIPOST).
- Malterud, K. (2010). Power inequalities in health care - empowerment revisited. *Patient Education and Counseling, 79*(2), 139-140.
- Marmot, M. (1991). Health inequalities among British civil servants: the whitehall study. *Lancet, 337*, 1387-1393.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (1999). *Social Determinants of Health*. New-York: Oxford University Press.



- Marxwell, S. (1999). The meaning and Measurement of Poverty. *ODI Poverty Briefing*(3), 1-4.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique*. Sainte-Foy (Québec): Les Presses de l'Université Laval.
- Maze, C. D. M. (2005). Registered Nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 546-554.
- McAll, C. (2008). Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté. In V. Châtel & S. Roy (Eds.), *Penser la vulnérabilité: visages de la fragilisation du social* (pp. 93-124). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- McAll, C. (2008). Transfert des temps de vie et «perte de la raison»: l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation. In K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers & P. Bernard (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (pp. 87-109). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- McAll, C., Fortier, J., Ulysse, P. J., & Bourque, R. (2000). *Se libérer du regard, Agir sur les barrières: points de vue sur la pauvreté à Montréal*. Montréal: Rapport de recherche soumis au CQRS, Université de Montréal.
- McCaslin, M. L., & Wilson Scott, K. (2003). The five-question method for framing a qualitative research study. *The qualitative Report*, 8(3), 447-461.
- McDonough, P., & Berglund, P. (2003). Histories of poverty and self-rated health trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 198-214.
- McDonough, P., Sacker, A., & Wiggins, R. D. (2005). Time on my side? Life course trajectories of poverty and health. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1795-1808.
- McKernan, S. M., & Ratcliffe, C. (2005). Events that trigger poverty entries and exits. *Social Science Quarterly*, 86(5), 1146-1169.
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). The development of constructivist grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1, Article 3.), 1-10.
- Mills, J., Chapman, Y., Bonner, A., & Francis, K. (2007). Grounded theory: a methodological spiral from positivism to postmodernism. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 72-79.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mitchell, A., & Shillington, R. (2002). *Poverty, Inequality and Social Inclusion*. Toronto: The Laidlaw Foundation.
- Moisson Québec et le Centre de formation populaire de Montréal (CFP). (2000). *Réfléchir, innover, agir: guide de formation et d'animation: vers le développement de pratiques alternatives au dépannage alimentaire*. Montréal, Québec: Moisson Québec.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(1), 1-8.
- Mowafi, M., & Khawaja, M. (2005). Poverty. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(4), 260-264.

- Narayan- Parker, D. (2000). *Voices of the poor: Can anyone hear us ?* : World Bank Publications.
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147-154.
- Nielsen, M. J., Juon, H. S., & Ensminger, M. (2004). Preventing long-term welfare receipt: the theoretical relationship between health and poverty over the early life course. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2285-2301.
- Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec.*, Université Laval, Sainte-Foy (Québec).
- Noël, A. (2002). *A Law Against Poverty: Quebec's New Approach to Combating Poverty and Social Exclusion: Canadian Policy Research Network (CPRN).*
- Ocean, C. (2005). *Policies of exclusion, poverty and health: stories from the front.* Duncan, BC: Wise Society.
- O'Connor, M. K., Netting, F. E., & Thomas, M. L. (2008). Grounded theory - Managing the challenge for those facing Institutional Review Board oversight. *Qualitative Inquiry*, 14(1), 28-45.
- O'Neill, M., & Dupéré, S. (2006). Du carré à la spirale: réflexions sur quelques années de participation du comité avec du Collectif pour un Québec sans pauvreté. *Canadian Journal of Evaluation*, 21(3), 227-234.
- Ontario Prevention Clearinghouse., Ontario Women's Health Network., Toronto Christian Resource Centre., & Toronto Public Health. (2006). *Count us in ! Inclusion and Homeless Women in Downtown East Toronto.* Toronto: Ontario Women's Health Network.
- Osmani, S. (2003). Evolving views on poverty: concept, assessment and strategy. *Poverty and social development papers no 7, Asian Development Bank*, 33.
- Ouellet, H., Verreault, L., & Gendron, J. L. (1995). *Les exclus du partage: la pauvreté.* Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Oyen, E. (2005). *The polyscopic landscape of poverty research.* Bergen, Norway.
- Paerregaard, K. (1998). Intercepting local lives in a global world: The use of Life histories in the research of Poverty. In N. Webster (Ed.), *In search of Alternatives: Poverty, the poor and Local Organisations* (Vol. CDR Working Paper 98.10, pp. 3-17). Copenhagen: Centre for Development Research.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2005). L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes. In P. Paillé & A. Mucchielli (Eds.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 211). Paris: Armand Colin.
- Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998.* Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Paquet, G. (2006). *Partir du bas de l'échelle: Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus.* Paris: PUF.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses universitaires de France.
- Paugam, S. (1996). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: La découverte.
- Paugam, S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pauly, B. M., MacKinnon, K., & Varcoe, C. (2009). Revisiting "Who Gets Care?" Health Equity as an Arena for Nursing Action. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 118-127.
- Phipps, S. (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Picot, G., & Myles, J. (2004). Inégalité du revenu et population à faible revenu au Canada. *Horizons*, 7(2), 9-18.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville: Gaétan Morin Éditeur ltée.
- Poirier, Y. (2005). Des David et des Goliath : le réseau communautaire et la création des CSSS. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 1(2), 24-26.
- Poland, B. (1995). Transcription Quality as an Aspect of Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 290-310.
- Popay, J., Kowarzik, U., Mallinson, S., Mackian, S., & Barker, J. (2007). Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. part II: lay perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 972-977.
- Popay, J., & Williams, G. (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, 32-37.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaetan Morin Éditeur ltée.
- Ramon, S. (2007). Inequality in mental health: the relevance of current research and understanding to potentially effective social work responses. *radical psychology*, 6(1), 1-20.
- Raphael, D. (1998). Public health responses to health inequalities. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 89(6), 380-381.
- Raphael, D. (2000). Should public health workers be able to address the public's health? *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 91(6), 458-458.
- Raphael, D. (2002). *Poverty, Income Inequality and Health in Canada*. Toronto: CSJ Foundation for Research and Education.
- Raphael, D. (2003). Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. *Health Promotion International*, 18(4), 397-405.
- Raphael, D. (2004). Introduction to the Social Determinants of Health. In D. Raphael (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (pp. 1-18). Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.
- Raphael, D. (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

- Raphael, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada: faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. In M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson & I. Rootman (Eds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec: perspectives critiques* (pp. 138-159). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4), 651-677.
- Raphael, D. (2007). *Poverty and Policy in Canada: implications for health and quality of life*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars 'press.
- Raphael, D. (In press). Implications of Inequities in Health for Health Promotion Practice. In I. Rootman, S. Dupere, A. Pederson & M. O'Neill (Eds.), *Health Promotion in Canada: Perspectives on Practice*. Toronto: CSPI.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2006). The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden. *Health Policy*, 78(1), 39-55.
- Raphael, D., Labonte, R., Colman, R., Hayward, K., Torgerson, R., & Macdonald, J. (2006). Income and health in Canada - Research gaps and future opportunities. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 97, S16-S23.
- Raphael, D., Macdonald, J., Colman, R., Labonte, R., Hayward, K., & Torgerson, R. (2005). Researching income and income distribution as determinants of health in Canada: gaps between theoretical knowledge, research practice, and policy implementation. *Health Policy*, 72, 217-232.
- Raynault, M., & Loslier, J. (2008). La réduction des inégalités sociales de santé. In K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers & P. Bernard (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Reid, C. (2004). *The wounds of exclusion: Poverty, women's health, and social justice*. Edmonton AB: Qualitative Institute Press.
- Reid, C., & Hébert, A. (2005). 'Welfare moms and welfare bums': Revisiting poverty as a social determinant of health. *Health Sociology Review*, 14(2), 161-173.
- Reid, C., & Hebert, C. (2005). 'Welfare moms and welfare bums': revisiting poverty as a social determinant of health. *Health Sociology Review*, 14, 161-173.
- Reid, C., & Tom, A. (2006). Poor womens discourses of legitimacy, poverty, and health. *Gender & Society*, 20(3), 402-421.
- Reutter, L. (1999). Public Perceptions of the Relationship between Poverty and Health. *Canadian Journal of Public Health*, 90(1), 13-18.
- Reutter, L., Harrison, M. J., & Neufeld, A. (2002). Public Support for Poverty-related Policies. *Canadian Journal of Public Health*, 93(4), 297-302.
- Reutter, L. I., Stewart, M. J., Veenstra, G., Love, R., Raphael, D., & Makwarimba, E. (2009). "Who Do They Think We Are, Anyway?": Perceptions of and Responses to Poverty Stigma. *Qualitative Health Research*, 19(3), 297-311.
- Reutter, L. I., Veenstra, G., Stewart, M. J., Raphael, D., Love, R., Makwarimba, E., et al. (2005). Lay understandings of the effects of poverty: a Canadian perspective. *Health & Social Care in the Community*, 13(6), 514-530.
- Reutter, L. I., Veenstra, G., Stewart, M. J., Raphael, D., Love, R., Makwarimba, E., et al. (2006). Public attributions for poverty in Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology-Revue Canadienne De Sociologie Et D Anthropologie*, 43(1), 1-22.

- Ridde, V. (2004). Countering social inequalities in the area of health - Explaining the immobility of public health agencies in Quebec. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 95(3), 224-227.
- Rode, A. (2005). *Le non-recours aux soins de santé chez les populations précaires. Une approche exploratoire et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux*. Grenoble: Odenore.
- Rode, A. (2010). *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Institut d'Etudes Politiques de Grenoble Grenoble.
- Room, G. (1995). *Beyond the Threshold. The measurement and analysis of social exclusion*. UK: The Policy Press.
- Rossini, S. (2002). *Les pauvretés cachées en Suisse: analyse qualitative des processus de précarisation et perspectives d'action sociale*. Neuchatel: Université de Neuchatel.
- Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité: continuité et rupture. In V. Châtel & S. Roy (Eds.), *Penser la vulnérabilité: visages de la fragilisation du social* (pp. 13-34). Montréal: Les presses de l'Université du Québec.
- Roy, S., Morin, D., Lemétayer, F., & Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services: problèmes et enjeux*. Montréal.
- Ruxton, S. (2002). *Men: masculinities and poverty in the UK*. Oxford, UK: Oxfam GB.
- Sakamoto, I., Khandor, E., Chapra, A., Hendrickson, T., Maher, J., Roche, B., et al. (2008). *Homelessness - Diverse Experiences, Common Issues, Shared Solutions: The Need for Inclusion and Accountability*. Toronto: Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Sen, A. (1987). *The Standard of Living*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris: Editions du Seuil.
- Sen, A. (2000). Santé et développement. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*(Reccueil d'articles no 2), 18-23.
- Silver, H. (1994). Exclusion sociale et solidarité sociale: trois paradigmes. *Revue internationale du Travail*, 133(5-6), 585-637.
- Sisson, K. L. (2007). Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(2), 81-88.
- Smith, L., Chambers, D. A., & Bratini, L. (2009). When Oppression Is the Pathogen: The Participatory Development of Socially Just Mental Health Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 159-168.
- Solar, O., & Irwin, A. (2005). *Vers la mise au point d'un cadre conceptuel d'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé: document de discussion*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Soulet, M.-H. (1998). L'exclusion: usages et mésusages d'un concept. *Recherches Sociologiques*, 24(3), 431-458.
- Starfield, B. (2006). Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *health promotion journal of australia*, 17(3), 170-173.
- Stewart, M., Reutter, L., Makwarimba, E., Rootman, I., Williamson, D., Raine, K., et al. (2005). Determinants of health-service use by low-income people. *Can J Nurs Res*, 37(3), 104-131.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Strier, R. (2005). Gendered realities of poverty: Men and women's views of poverty in Jerusalem. *Social Service Review*, 79(2), 344-367.

- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Toye, M., & Infanti, J. (2004). *L'inclusion sociale et le développement économique communautaire. Recension des écrits*. Victoria: Réseau pancanadien d'apprentissage en développement communautaire.
- Tremblay, D.-G. (2002). *Unemployment and Transformation of the Labour Market : Issues of Security and Insecurity*. Paper presented at the Conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto.
- Tremblay, G. (2010). La santé des hommes au Québec. In J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (Eds.), *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir* (pp. 305-324). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Underlid, K. (2005). Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(3), 273-283.
- Wagle, U. (2002). Rethinking poverty: definition and measurement. *Open Forum. UNESCO*, 155-165.
- Wagle, U. (2008). Multidimensional poverty: an alternative measurement approach for the United States? *Social Science Research*, 37, 559-580.
- Wagstaff, A. (2002). Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé - recueil d'articles*, 7, 100-108.
- Waldegrave, C. (2005). "Just therapy" with families on low incomes. *Child Welfare*, 84(2), 265-276.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2003). The Conceptual, Historical, and Practice Roots of Community Based Participatory Research and Related Participatory Traditions. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wallerstein, N., & Freudenberg, N. (1998). Linking health promotion and social justice: a rationale and two case stories. *Health Education Research*, 13(3), 451-457.
- Warin, P. (2009). Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux. *Lien social et Politiques*, 61, 137-146.
- Williamson, D. L. (2001). The Role of the Health Sector in Addressing Poverty. *Canadian Journal of Public Health*, 92(3), 178-183.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Determinants of Health: the Solid Facts*. Copenhagen: WHO.
- Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., et al. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy*, 76(1), 106-121.
- Women's Budget Group. (2008). *Women and poverty: experiences, empowerment and engagement*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Ziglio, E., Hagard, S., & Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*, 15(2), 143-154.

Annexe A : Tableau de résumé des étapes du projet de recherche

	<b>Étapes et objectifs</b>	<b>Activités dans le milieu</b>	<b>Méthode de collecte utilisée</b>
<b>Phase préparatoire</b>			
<b>1 Octobre 2006- décembre 2006</b>	Prise de contact avec le milieu et entente de collaboration.	Rencontres avec l'équipe et le C.A. du CAP	Observation participante Notes de recherche
<b>2 Janvier 2007 à août 2007</b>	Familiarisation avec le milieu afin de consolider nos liens de confiance. Constitution du comité-conseil. Élaboration du protocole de recherche.	- Travail bénévole au service d'accueil - Participation à des activités du CAP - Participation aux rencontres de l'équipe - Rencontres avec le comité-conseil	Observation participante Notes de recherche
<b>3 Août 2007 à octobre 2007</b>	Finalisation du protocole, soumission au comité d'éthique, diffusion dans le milieu et préparation de la collecte des données	- Participation à des activités du CAP - Présentations au comité-conseil, à l'équipe d'intervenantes, à l'assemblée générale, à la bouffe rencontre	Observation participante Notes de recherche
<b>Collecte de données, analyse, rédaction</b>			
<b>4 Novembre 2007 à mai 2008</b>	Collecte des données et analyse	- Présence dans la salle d'accueil - Entrevues individuelles avec les hommes	Observation participante Notes de recherche Transcription d'entrevues

		- Rencontres avec équipe d'intervenantes et le comité-conseil - Participation à des activités du CAP	individuelles
<b>5 Juin 2008 à mars 2009</b>	Analyse des résultats, revue des écrits et préparation des groupes de discussion	- Rencontres avec le comité-conseil et l'équipe d'intervenantes	Notes de recherche (journal de bord)
<b>6 Avril 2009</b>	Collecte des données et analyse	Quatre groupes de discussion autour des résultats préliminaires, un entretien individuel et de l'observation participante	Observation participante Notes de recherche Transcription des groupes de discussion et d'entrevues individuelles
<b>7 Mai 2009 à juillet 2010</b>	Analyse, revue des écrits et diffusion	- Activités de diffusion	Notes de recherche (journal de bord)
<b>8 Août 2010</b>	Collecte des données et analyse	- Deux groupes de discussion autour des résultats - Rencontres avec le comité-conseil et l'équipe d'intervenantes	Observation participante Notes de recherche Transcription des groupes de discussion
<b>9 Septembre 2010 à février 2011</b>	Analyse, revue des écrits, diffusion, rédaction en vue du dépôt	- Diffusion	Notes de recherche (journal de bord)





1- La tête : « Les éléments majeurs qu'il identifie dans la société »


## 1— Les éléments majeurs qu'il identifie dans la société



- **Transformation du marché du travail**  
(précarisation des emplois, faibles salaires, mauvaises conditions de travail, surspécialisation et société du savoir)
- **Limites du système d'assistance de l'État**
- **Limites des programmes de réinsertion en emploi**
- **Limites du système d'éducation**
- **Limites du système de santé**

- **Limites du système de justice**
- **Limites des organismes communautaires**
- **Insuffisance de logements sociaux**
- **Discriminations**  
(basées sur l'âge, le non-emploi et la prestation d'aide sociale, l'orientation sexuelle, le fait d'être un homme ayant besoin d'aide, les handicaps physiques et les problèmes de santé mentale)
- **Individualisme très poussé, recherche du profit à tout prix et manque de solidarité**

## 2- Le cœur : « Les moments charnières de sa vie »



# 2 — Les moments charnières de sa vie

### Enfance

- **Milieu familial**
  - Pauvreté économique
  - Abus et violence
  - Pertes et ruptures (morts, centres d'accueil, etc.)
- **Milieu scolaire**
  - Problèmes d'apprentissage et échecs scolaires
  - Expériences de stigmatisation, de rejet et d'exclusion
  - Abandon des études

### Âge adulte

- **Milieu familial et social**
  - Pertes et ruptures (divorces, morts, etc.)
  - Rapports conflictuels (violences, rejets, etc.)
  - Solitude, isolement et exclusion
  - + Relations significatives et positives (être aimé et aidé)
- **Milieu du travail**
  - Emplois précaires
  - Discriminations et exploitation
  - Pertes d'emploi ou faillites
  - Intermittence en emploi
  - Accidents de travail
  - Démarches infructueuses de réinsertion
  - Emplois informels pour survivre
- **Milieu de la formation**
  - Difficultés d'accès à des formations
  - Abandons et échecs
  - Formations qui ne mènent pas à un emploi stable
  - + Réussite d'une formation

### Problèmes personnels et sociaux

- **Problèmes physiques** (douleurs, handicaps, maladies chroniques, etc.)
- **Problèmes de santé mentale** (stress, détresse, tentatives de suicide, crises, phobies, etc.)
- **Problèmes sociaux** (consommation, prostitution, itinérance, criminalité, analphabétisme, etc.)
- **Expériences négatives ou positives avec les services d'aide**

### 3- La main droite : « Ses rapports difficiles avec les ressources d'aide et les pratiques qui nuisent »

## 3 — Ses rapports difficiles avec les ressources et les pratiques qui nuisent

- **Ne pas vouloir demander de l'aide**
  - En raison des tabous, des normes sociales, des normes masculines, de la méfiance, des expériences négatives antérieures, de blocages émotionnels, d'inconscience du problème, etc.
- **Ne pas savoir où demander de l'aide**
  - En raison du manque d'informations et de la complexité du système
- **Manques et problèmes d'accès aux ressources d'aide**
  - Beaucoup de possibilités par rapport à la toxicomanie par exemple, mais peu pour les idéations suicidaires ou les abus
  - Difficultés à rencontrer un E professionnel (médecin de famille, psychologue, etc.)
  - Limites des services de dépannage (heures d'ouverture, rationnement, critères d'accès (âge, sexe, hors des groupes ciblés, etc.))
  - Barrières économiques
  - Barrières géographiques (concentration des ressources au centre-ville, etc.)
- **Inadéquation des ressources d'aide**
  - Absence d'une approche globale (traitement des symptômes plutôt que des causes, accent sur le physique et oubli du psychologique, problèmes économiques et sociaux traités comme des problèmes psychologiques, absence de vision à long terme, etc.)
  - Peu de prévention et d'éducation à la santé
  - Non-reconnaissance de la souffrance, de la détresse et de problèmes non diagnostiqués allant jusqu'au refus de traitement ou d'aide
  - Approches déshumanisantes (très bureaucratiques, traitement comme un numéro, peu de compassion et d'écoute, etc.)
  - Aide fragmentée et complexe (ruptures de soins, manques de suivis, navigation entre les ressources)
  - Approches stigmatisantes (préjugés, jugements moraux, dénigrement, contrôle, dévalorisation, minimisation et/ou négation des problèmes, etc.)
  - Problèmes de communication (peu d'explications, utilisation d'un jargon difficile à comprendre, etc.)
  - Erreurs (placements inadéquats, diagnostics erronés, etc.)



#### 4- La main extérieure : « Les pratiques qui l'aident »

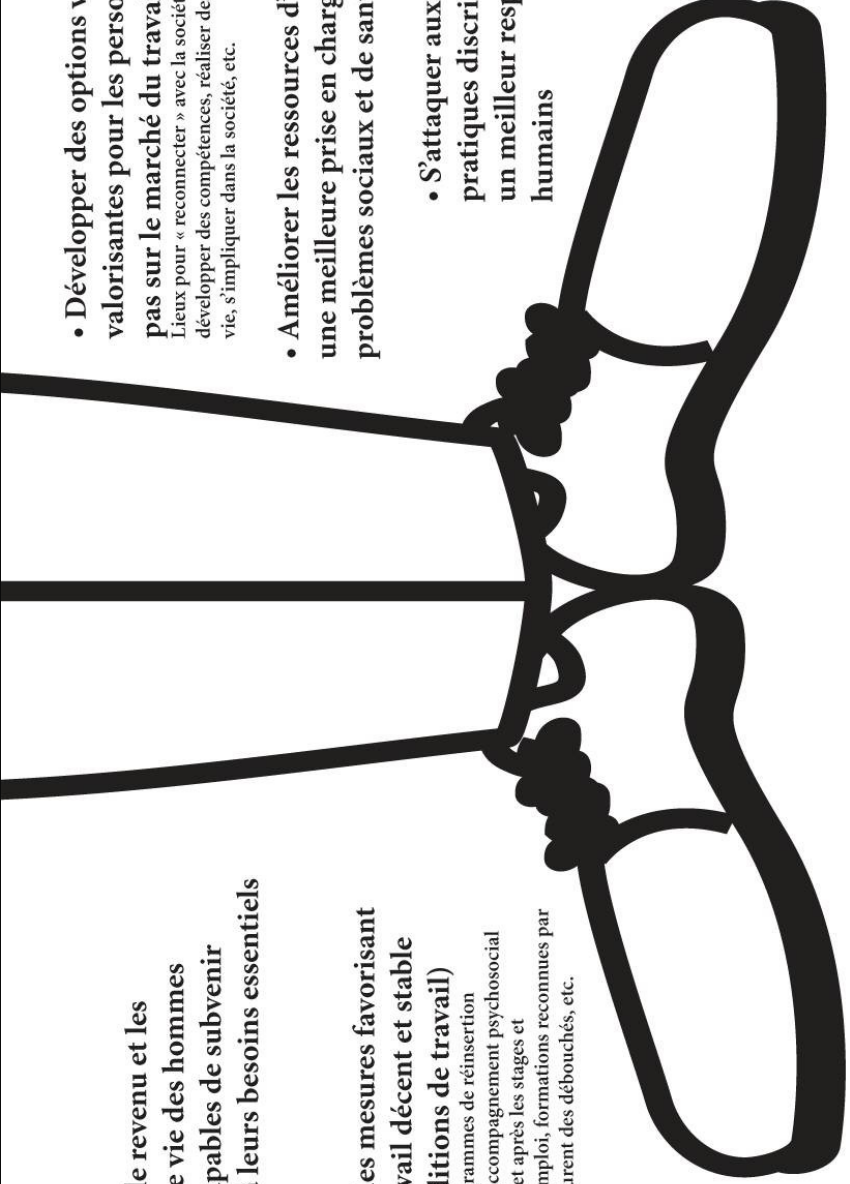
### 4 — Les pratiques qui l'aident

« Petits coups de pouce et grands tremplins »

- Des pratiques qui favorisent une prise en charge globale, qui offre à la fois un soutien économique, matériel, psychologique et social
- Des pratiques qui sont humaines, respectueuses et non discriminatoires
- Des pratiques qui impliquent la personne dans la recherche de solutions
- Des pratiques qui aident à comprendre ses besoins, ses problèmes et ses forces
- Des pratiques qui aident à se sentir utile et valorisé
- Des pratiques qui permettent de développer ses capacités et son pouvoir d'agir



## 5- Les pieds : « Ses recommandations pour avancer »



- **Améliorer le revenu et les conditions de vie des hommes qui sont incapables de subvenir pleinement à leurs besoins essentiels**
- **Développer des mesures favorisant l'accès à un travail décent et stable (salaire et conditions de travail)**  
Amélioration des programmes de réinsertion socioprofessionnelle, accompagnement psychosocial individualisé pendant et après les stages et accompagnement en emploi, formations reconnues par les employeurs qui assurent des débouchés, etc.

- **Développer des options viables et valorisantes pour les personnes qui ne sont pas sur le marché du travail**  
Lieux pour « reconnecter » avec la société, socialiser, apprendre, développer des compétences, réaliser des projets, réfléchir sur sa vie, s'impliquer dans la société, etc.
- **Améliorer les ressources d'aide pour une meilleure prise en charge des problèmes sociaux et de santé**
- **S'attaquer aux préjugés et aux pratiques discriminatoires pour un meilleur respect des droits humains**

## 5 — Ses recommandations pour avancer

Annexe C : La grille pour l'échantillon

**Grille pour l'échantillon**  
**6 mars 2008**

**Critères d'inclusion fixes :**

- Parler français
- Ouverture à une démarche d'investigation en profondeur
- Se considérer en situation de pauvreté

**Critères d'exclusion :**

- Personnes ne parlant pas français
- Personnes sans ouverture à une démarche d'investigation en profondeur
- Personnes atteintes d'un trouble mental sévère

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre d'entrevues souhaitées</b>	<b>Nombre d'entrevues faites avec un homme ayant cette caractéristique</b>	<b>Chercher précisément cette caractéristique</b>
Âge Jeune entre 18-30 ans			
Âge Homme entre 30-45 ans			
Âge Homme entre 45-65 ans			
Âge Homme de plus de 65 ans			
Éducation Pas fini son secondaire 5			
Éducation Secondaire 5			
Éducation Formation professionnelle			
Éducation Études universitaires			
Un homme qui appartient à une minorité visible : Immigrant de longue date (plus de 10ans) et immigrant récent (moins de 5 ans)			

Un homme travailleur précaire			
Un homme travailleur saisonnier			
Un homme qui reçoit aide sociale sans contraintes			
Un homme qui reçoit aide sociale avec contraintes			
Un homme qui est sur l'aide sociale depuis longtemps et qui n'a jamais (ou peu) travaillé			
Un homme chambreur			
Un homme qui vit seul			
Un homme qui vit avec conjointe			
Un homme qui vit avec enfant(s)			
Un homme qui a/a eu problème de jeu			
Un homme qui a/a eu problème d'alcoolisme			
Un homme qui a eu problème toxicomanie			
Un homme qui a des problèmes de santé physique			
Un homme qui est analphabète			
Un homme qui a connu itinérance			
Un homme qui fréquente rarement le CAP			
Un homme qui fréquente régulièrement le CAP			
Un homme qui fréquente quotidiennement le CAP			
Un homme qui est bénévole au CAP			



## Annexe D : Formulaire de consentement

Bonjour,

Nous vous demandons de participer à notre recherche dont le titre est « **Rouge, jaune, vert : le rôle des intervenants et ressources dans les trajectoires de vie d'hommes vivant en situation de pauvreté à Montréal** ».

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat en santé communautaire de Sophie Dupéré, dirigé par Michel O'Neill, de la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval et financé par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Les renseignements donnés sur le présent formulaire visent à vous aider à comprendre exactement ce que nous vous demandons de manière à ce que vous puissiez décider si vous voulez ou non participer à cette étude.

Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser avant de décider si vous participerez ou non à l'étude.

Vous pouvez prendre tout le temps que vous voulez avant de prendre votre décision et vous êtes libres de consulter les personnes de votre choix.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et si vous décidez de ne pas participer à l'étude, cette décision ne pourra en aucun cas vous nuire.

### **Le but de cette recherche est de :**

Comprendre la réalité des hommes qui vivent la pauvreté ainsi que celle des intervenants qui leur viennent en aide.

Nous aimerions plus particulièrement comprendre le rôle des intervenants et des ressources et leur importance dans la vie d'hommes vivant en situation de pauvreté et, suite à cette analyse, identifier des pistes pour rendre leurs interventions les plus pertinentes possible.

### **Déroulement de la participation :**

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une ou deux entrevues, d'une durée d'environ 90 minutes qui portera sur votre expérience de la pauvreté, c'est à dire : votre situation actuelle; ce qui vous a amené à vivre cette situation; des informations sur

vosre famille, vos expériences de formation et de travail, les problèmes que vous avez rencontrés, vos démarches, les intervenants rencontrés, et vos projets futurs.

Ces entretiens seront enregistrés pour faciliter le travail d'analyse de madame Dupéré.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir, individuellement et en toute confidentialité, à votre propre expérience de vie. Cela vous permettra aussi de donner votre opinion sur le genre de services que vous avez reçus ainsi que sur ceux qui vous sembleraient utiles de la part de différentes personnes ou organisations.

Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec Sophie Dupéré, qui conduira l'entrevue. Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

### **Compensation**

Un montant de 20 \$ vous sera remis afin de compenser les frais encourus par votre participation à ce projet.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous êtes libres de ne pas répondre à toutes les questions. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est toutefois important d'en prévenir Sophie Dupéré dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité sera assurée à l'intérieur des limites prescrites par les lois québécoises et canadiennes. Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seuls la chercheure et son directeur auront accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés pendant deux ans après quoi ils seront détruits;

- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu; on pourra toutefois y citer textuellement des extraits d'entrevues qui seront alors attribués à « un usager du CAP » ou à un pseudonyme.
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants intéressés; si c'est votre cas, indiquez à cet effet l'adresse où vous souhaiteriez recevoir le document, juste après l'espace prévu pour votre signature. Les résultats de la recherche ne seront pas disponibles avant décembre 2008, ainsi si votre adresse change d'ici cette date, veuillez nous tenir informée. Les participants qui le souhaitent pourront aussi se procurer leur copie au CAP qui sera disponible à la fin de la recherche. Une rencontre de présentation des résultats sera aussi organisée au CAP, une fois la recherche terminée, où toutes les personnes intéressées pourront assister.

### Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Sophie Dupéré, au CAP Saint-Barnabé au numéro de téléphone suivant : (514) 251-2081.

### Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer si vous souhaitez le faire.

### Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : « **Rouge, jaune, vert : le rôle des intervenants dans les trajectoires de vie d'hommes vivant en situation de pauvreté à Montréal** ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant

L'adresse à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

---



---



---



---

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la chercheure

### **Plaintes ou critiques**

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins

bureau 3320

Université Laval,

Québec (Québec)

G1K 7P4

Renseignements — Secrétariat : (418) 656-3081

Télécopieur : (418) 656-3846

Courriel : [ombuds@ombuds.ulaval.ca](mailto:ombuds@ombuds.ulaval.ca)

Numéro d'approbation du comité d'éthique de l'Université Laval : 2007-185. Date : 2 octobre 2007

Le processus de la recherche a aussi été approuvé par un comité aviseur du quartier.

## **Ébauche d'un guide d'entrevues – hommes avril 2008**

### **Introduction**

#### **PREMIÈRE PARTIE : REPRÉSENTATIONS DE LA PAUVRETÉ**

- Pourrais-tu m'expliquer c'est quoi, pour toi, la pauvreté?

Préambule : INTRODUCTION DE L'OUTIL « ROUGE, JAUNE, VERT » : Voici une image qui a été développée par des personnes vivant en situation de pauvreté où le rouge représente la pauvreté, et le vert, représente quand on sort de la pauvreté. Le jaune est la zone entre les deux.

- Est-ce que cette image a du sens pour toi? (ou est-ce que cette image te parle?)

#### **DEUXIÈME PARTIE : MOMENTS CHARNIÈRES DU PARCOURS DE VIE**

Préambule : J'aimerais que tu me racontes ton histoire dans le rouge, jaune, vert. Je suis consciente que tu ne peux pas tout me raconter toute ta vie. J'aimerais que tu me parles des moments marquants pour toi (les hauts et les bas dans le rouge, jaune, vert). J'aimerais comprendre ces moments. J'ai mis un trait pour représenter aujourd'hui et un trait pour représenter ta naissance. Comme tu vois, il y a de l'espace avant et après. Prends ton temps... tu peux écrire ou dessiner sur la feuille ou décider de ne pas du tout l'utiliser, c'est comme tu veux.

- Pourrais-tu me tracer ton parcours avec les moments marquants (les hauts et les bas dans le rouge, jaune vert)? Pourrais-tu me parler de ces moments marquants?

- Sous-questions pour m'assurer de bien comprendre les moments charnières (les événements vécus, les actions entreprises par l'homme (démarche d'aide?), les conséquences, ses sentiments, ses pensées, le contexte, les conditions, les influences, les personnes ou organisations impliquées). Exemples de question : \*pourrais-tu me raconter ce qui s'est passé à ce moment? Peux-tu me raconter les événements qui ont amené cette situation? \*Comment as-tu vécu cela? Parle-moi de tes sentiments et tes pensées à ce moment-là? \* À ton avis, qu'est-ce qui fait que c'est/était comme ça?
- Pour chaque moment, j'explore le recours ou l'absence de recours aux ressources d'aide. Exemples de question : Est-ce que tu as demandé de l'aide à ce moment? Peux-tu me raconter? Est-ce qu'il y a eu une personne, un groupe, une ressource ou une organisation qui t'a aidé à ce moment? Comment? Est-ce qu'il y a quelque chose qui aurait pu t'aider à ce moment-là et qui était pas disponible (besoin d'aide)?
- Est-ce que tu as déjà eu besoin d'aide et tu ne l'as pas reçu? Pourrais-tu m'en parler?

### **TROISIÈME PARTIE : LA SITUATION ACTUELLE (difficultés/besoins)**

- Tu te situes où en ce moment? Peux-tu m'expliquer?
- Peux-tu me parler de ce que tu vis en ce moment?
- Comment envisages-tu le futur?
- Qu'est-ce qui pourrait faire que ta situation s'améliore (ou que tu sortes de la pauvreté)?

### **QUATRIÈME PARTIE : LE RÔLE DES RESSOURCES**

Préambule : comme je te disais, avec mon projet, j'aimerais comprendre le rôle des ressources communautaires et du système de santé dans la vie des hommes qui vivent la pauvreté. Est-ce qu'elles ont été aidantes? Nuisibles? Est-ce qu'elles influencent les situations de pauvreté? J'aimerais avoir ton point de vue.

En regardant ton parcours de vie, les hauts et les bas dans le rouge, jaune, vert :

- Est-ce que des **intervenants ou des ressources communautaires** ont influencé les hauts et bas dans le rouge, jaune, vert que tu as vécu? Comment? (ou nuisibles/aidantes). Pourrais-tu m'en parler? Pourrais-tu me donner un exemple concret pour que je comprenne mieux.
- Est-ce que **des intervenants ou les services de santé** ont influencé les hauts et bas dans le rouge, jaune, vert que tu as vécu? Comment? (ou nuisibles/aidantes) Pourrais-tu m'en parler? Pourrais-tu me donner un exemple concret pour que je comprenne mieux?

## CINQUIÈME PARTIE: RECOMMANDATIONS

**Préambule : Avant de terminer notre entrevue, j'aimerais cela connaître tes suggestions pour éliminer la pauvreté.**

- Suite à ton expérience de vie, à ton avis, qu'est-ce qui pourrait être fait pour aider les hommes qui vivent dans la pauvreté?
- Ça serait quoi tes recommandations pour éliminer la pauvreté? (Si tu étais premier ministre, avec tout ce qu'on s'est dit qu'est-ce que tu ferais?)
- Suite à ton expérience de vie, quels seraient les messages ou les conseils que tu aimerais donner aux personnes qui veulent aider les hommes en situation de pauvreté?
- Autre chose que tu aimerais rajouter? Des messages que tu aimerais que je fasse passer dans ma recherche?

### Conclusion

- As-tu des commentaires sur l'entrevue? Qu'est-ce que tu as aimé? Qu'est-ce que tu n'as pas aimé? Qu'est-ce que je devrais améliorer pour les prochaines fois?
- Moi j'ai terminé mes questions. Je te remercie de cet entretien. Est-ce qu'il y aurait quelque chose que tu aimerais me demander?