

UNE LECTURE ANTHROPOLOGIQUE DE LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE DE SANTÉ

“Péril en l’hôpital”

Gilles Bibeau, Département d’anthropologie
Université de Montréal

INTRODUCTION

Depuis 1985 le Québec est engagé dans un processus colossal de remise à jour de sa politique de santé et de bien-être social. Bien que la Loi 65 issue de la Réforme Castonguay-Nepveu ait été encore relativement jeune (elle a été adoptée en 1971), plusieurs prétendaient en 1985 que le fonctionnement de notre réseau de santé ne correspondait plus à la société québécoise qui s’était beaucoup transformée et qu’il avait besoin d’être sérieusement réaménagé. En fait cet exercice collectif répondait peut-être davantage à notre besoin historique de périodiquement tout reprendre à zéro comme si rien n’était jamais définitivement acquis. A la fin de 1988, la Commission Rochon publia un rapport officiel de 800 pages, assorti de 45 dossiers techniques, de 800 mémoires et de compte-rendus de consultation, le tout formant une bibliothèque comparable à ce qu’avait réuni en son temps la Commission Castonguay-Nepveu. En cette même année 1988 et tout au long de 1989 les premiers résultats de la vaste enquête épidémiologique “Santé-Québec” (1987) ont commencé à montrer que les profils de pathologie n’étaient pas tout à fait les mêmes selon que l’on habitait l’Outaouais, la Côte nord, l’Estrie, Montréal ou l’Abitibi. La prise de conscience de ces variations interrégionales s’est révélée majeure dans le processus d’élaboration de la politique qui s’en est suivie.

En 1990 et 91 les politiciens ont pris le relais des consultations publiques et des enquêtes de population : hésitants et tâtonnants, c’est à petits pas que les “élus” ont fait connaître leur esquisse de la réforme de notre système de santé. En 1989, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fit paraître *Orientations*, un document capital devant servir de base aux discussions en Commission parlementaire, et à la fin 1990 on a eu droit à l’énoncé de politique qui est paru sous le titre énigmatique de “*Une Réforme axée sur le citoyen*”, réforme qui fut symboliquement lancée dans un décor de théâtre par le ministre Marc-Yvan Côté. La réforme de notre système de la santé et des services sociaux n’avait plus besoin que d’être coulée dans des dispositions législatives, ce que l’Assemblée nationale a réussi à faire au cours

de l’automne 1991 au terme d’affrontements avec les corporations médicales qui ont finalement — et malheureusement — eu gain de cause dans deux grands dossiers : celui de la répartition des effectifs médicaux et celui de l’allocation sur une base régionale du budget de la Régie d’assurance-maladie du Québec.

Nous voilà donc aujourd’hui régis au Québec par la Loi 120 sur les services de santé et les services sociaux qui remplace la Loi 65 (1971). C’est moins à cet appareillage de lois et de règlements qu’à leurs présupposés implicites et à leurs référents idéologiques que je m’intéresse dans les réflexions sommaires qui suivent. Parmi un nombre important de thèmes qui interpellent directement l’anthropologue, j’en ai identifié quatre qui m’apparaissent devoir être examinés avec d’autant plus d’attention qu’ils servent de fondations à la nouvelle réforme et lui imposent une architecture tout à fait originale. Ces thèmes qui traversent l’ensemble des documents parus depuis 1988 se sont progressivement précisés et en sont venus à servir d’axes de structuration de la politique québécoise de santé. Tels que formulés, ils posent — ou devraient poser — de très sérieux problèmes aux spécialistes des sciences sociales et plus particulièrement aux anthropologues.

1. D’ABORD, UNE QUESTION DE SÉMANTIQUE : PATIENT, BÉNÉFICIAIRE, PERSONNE OU CITOYEN

L’ancienne Loi de 1971 avait remplacé les termes de malade et de patient par celui de bénéficiaire; la nouvelle loi ne parle plus en 1991 de bénéficiaire mais met plutôt le citoyen au centre du système : ce sont les droits du “citoyen consommateur, décideur et payeur” que les professionnels et les établissements du réseau doivent respecter. Bien que cette référence à la société civile et au “citoyen” n’ait jamais été d’un usage courant dans nos débats politiques au Québec, je suis prêt à reconnaître l’intérêt de recourir à un vocabulaire qui insiste sur les mesures de protection (comités des plaintes, propriété individuelle du dossier, droit à un plan individualisé de service...). Tout cela est positif.

J’ai cependant des craintes que l’on finisse par jouer les droits des usagers contre

celui des établissements et ceux des professionnels. Il est pour le moins étonnant par exemple que les premiers chapitres de la Loi 120 soient exclusivement dédiés à la question des plaintes des usagers, ce qui forme une surprenante ouverture au texte présentant la réforme québécoise de santé. Le message est clair : le citoyen consommateur doit être vigilant, il doit aussi exiger du personnel des soins de qualité et il est enfin officiellement invité à loger des plaintes chaque fois que les services donnés ne seront pas adéquats.

Malgré ses grands airs de démocratisation, la réforme m’apparaît profondément marquée par une dérive personnaliste (au sens d’Emmanuel Mounier, un philosophe qui a toujours plu à la vieille élite clérico-administrative du Québec) et par une approche individualisante trop exclusivement centrée sur les droits du client. C’est là un paradoxe profond qui sera d’autant plus difficile à réduire que les documents officiels charrient une conception totalement inadéquate de ce qu’est la société québécoise : on se la représente en effet comme un espace de vie communautaire harmonieuse dans lequel tout le monde s’entend bien et partage à peu près les mêmes valeurs.

2. LES RELENTS DE L’IDÉOLOGIE DU CONSENSUS : PARTENARIAT, COMPLÉMENTARITÉ ET PARTICIPATION

Il est important de s’intéresser aux mots et aux concepts parce qu’ils trahissent les idéologies sous une apparence de neutralité. Tous les documents gouvernementaux répètent à satiété que les établissements du réseau doivent s’appuyer sur les ressources du milieu et établir des ententes de collaboration avec les organismes communautaires. Pourquoi faudrait-il s’objecter à cet effort de concertation avec des partenaires issus du milieu ? Bien qu’il soit indispensable d’aller dans cette direction, il me semble légitime de soulever trois sérieuses réserves face à l’idéologie du partenariat dont est imprégnée toute la réforme :

- je crains que l’on idéalise fortement les capacités des ressources actuellement disponibles dans les communautés : cela fait l’affaire d’un Etat de moins en moins providentiel de penser que les gens peuvent eux-mêmes solutionner leurs propres

problèmes;

- je suis surtout inquieté par l'absence d'une véritable compréhension de ce qu'est une société : dès son premier cours de sciences sociales, tout étudiant apprend (s'il ne le sait pas déjà) que la société est constituée comme un espace de conflits entre des groupes qui poursuivent des intérêts divergents. Par quel coup de baguette magique les technocrates pourraient-ils abolir ces sources de conflits entre les partenaires qu'ils veulent associer? Jamais les documents ne mentionnent les incontournables divergences de points de vue avec lesquelles il faudra compter; on se plaît plutôt à ressasser la vieille idéologie du consensus comme si nous devions tous nous entendre sur ce qu'il convient de faire ensemble. Plutôt que de concertation je parlerais de la nécessaire position périphérique des organisations communautaires qui doivent maintenir leur rôle de vigilance critique à la marge du système : en voulant tout embrigader dans l'indifférenciation, le système risque de se priver d'un espace vital de

respiration;

- et par-dessus tout je crains que le recours aux organismes communautaires (que l'on est bien sûr prêt à financer pour leur permettre de survivre) ne soit qu'une forme déguisée de privatisation, rendue d'autant plus acceptable qu'elle se camoufle sous un visage communautaire, mais qui porte néanmoins avec elle le danger d'ouvrir notre système public à l'entrée progressive d'autres formes de privatisation.

3. "GÉRER PAR OBJECTIF"

Bien qu'elle ait eu toutes les apparences d'un vaste exercice démocratique, la nouvelle réforme a été indéniablement et principalement l'oeuvre des gestionnaires. Les bons manuels de planification utilisés par les MBA (Master in Business Administration) enseignent qu'il faut des objectifs clairs si l'on veut pouvoir mettre en place les activités permettant de les atteindre : il n'y a rien de bien sorcier là-dedans mais le problème est qu'il y a plusieurs chemins qui mènent à Rome.

Lorsque vous vous donnez par exemple comme objectifs de "réduire de 25 % le taux de suicide chez les jeunes d'ici l'an 2000 "ou de" réduire de 20 % la mortalité due aux maladies cardiovasculaires d'ici l'an 2000", vous annoncez où vous voulez aller mais sans dire par quelles routes vous vous y rendez. Où faut-il par exemple intervenir si l'on veut voir diminuer les taux de suicide : sur le jeune lui-même, sur sa famille, sur son milieu d'amis, dans son école, dans l'environnement économique global de façon à lui redonner espoir en l'avenir? S'il faut de fait agir complémentarément à tous les niveaux comme l'enseigne le bon sens, il faut donc sortir du milieu strictement médical et initier, entre autres, des actions dans l'espace économique.

Si c'est de fait le contexte général de la vie quotidienne des personnes qui importe ultimement dans la production de la santé, il faut donc sérieusement se demander s'il existe une convergence, une synergie, entre les politiques spécifiques du MSSS et celles élaborées dans les autres ministères (finance, travail,...). On a l'impression à lire leurs beaux objectifs que certains technocrates travaillent dans un espace social complètement théorique où seuls comptent les comportements individuels et où n'existent ni chômage, ni démoralisation, ni peur de l'avenir... Je n'ai rien contre une gestion à base d'objectifs mais à la condition qu'on réalise la complexité du cheminement qui conduit au royaume de Hygée.

4. "RADICALISER LA RÉGIONALISATION"

L'idée d'adapter les établissements, programmes et services aux caractéristiques de chacune des 11 régions socio-sanitaires du Québec est ce qu'on trouve de mieux dans la réforme. En principe en tout cas. L'expérience faite avec les Plans régionaux d'organisation des services (PROS) en santé mentale vient de montrer le risque le plus grave qui guette la régionalisation : c'est qu'on la ramène à une simple question de gestion des budgets et des effectifs à Rouyn-Noranda, à Trois-Rivières, à Sherbrooke ou à Chicoutimi plutôt qu'à Québec, en évitant de s'interroger sur les caractéristiques économiques, sociales et culturelles de la région et sur la manière de s'y rendre pertinente la distribution des services médicaux et sociaux. Régionaliser risque, hélas, de signifier tout simplement qu'on gère comme avant mais à un niveau un peu plus bas.

CONCLUSION

La lecture anthropologique que j'ai proposée de la nouvelle politique québécoise de santé s'est limitée à identifier quelques paradoxes et contradictions qui traversent de part en part la réforme et qui risquent, il me semble, de l'entraîner — et nous avec elle — dans un redoutable cul-de-sac. Je crois que les idées-force de cette politique sont globalement intéressantes mais elles sont pratiquement toutes vidées de leur charge explosive et de leur potentiel de renouvellement de la philosophie qui est depuis 20 ans à la base de notre système de santé et de services sociaux. Il n'est même pas sûr que le Québec pourra maintenir ce que la Loi 65 de 1971 nous avait fait acquérir. ■

Les autochtones et le développement de la Baie James

Actes du forum portant sur les dix premières années de l'application de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*

Publication de 305 pages.

Prix spécial pour les membres de l'ACSALF : 20,00\$ (taxes et port inclus)

Recherches amérindiennes au Québec
6742, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2S 2S2