

**Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en
crise ? De l'analyse stratégique aux modes de régulation**
**Health and Social Services in Quebec: A System Taken Hostage
or in Crisis? From Strategic Analysis to Regulation Modes**
**Salud y servicios sociales en el Quebec: ¿un sistema cautivo o
en crisis? Del análisis estratégico a los modos de regulación**

Paul R. Bélanger

Numéro 20 (60), automne 1988

Des recompositions du social éclaté

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034121ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034121ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bélanger, P. R. (1988). Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise ? De l'analyse stratégique aux modes de régulation. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (20), 145–156. <https://doi.org/10.7202/1034121ar>

Résumé de l'article

Le système de santé et de services sociaux est-il en otage, prisonnier de divers corporatismes, ou en crise, prisonnier de ses propres objectifs et formes institutionnels, et incapable de se renouveler autrement qu'en accentuant les traits qui l'ont conduit à ses propres limites ?

Conclure que le système est en otage, comme le fait la commission Rochon, découle du recours à l'analyse stratégique, qui permet de rendre compte des jeux d'influence des divers groupes sociaux mais non pas de délimiter l'aire de jeu des acteurs. Or, les grands paramètres du système socio-sanitaire québécois sont : un rapport de consommation providentialiste fondé sur la consommation individuelle et passive, articulé d'une part à une division du travail quasi tayloriste, qui privilégie un mode d'intervention biomédical, et d'autre part à des contrats de travail où les médecins sont des entrepreneurs privés autonomes alors que les salariés sont exclus de toute intervention sur la gestion mais fortement protégés par des clauses rigides de définition de postes et de sécurité d'emploi. Il n'y a pas de solutions à la crise du système hors de la prise en considération simultanée de ces paramètres.

Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise ? De l'analyse stratégique aux modes de régulation

P.R. Bélanger

Un régime spécifique de santé et de services sociaux s'élabore comme une solution parmi plusieurs possibles aux problèmes de la maladie et de l'intégration sociale. Les arrangements institutionnels et organisationnels qui le caractérisent n'ont donc aucune permanence nécessaire. Leur contingence même légitime toute remise en question. Cependant les raisons invoquées pour suggérer un changement du système déterminent largement les traits du nouveau modèle mis en proposition. Ainsi, une récente étude (commission Rochon¹) révèle que le régime québécois de santé et de services sociaux est en otage, c'est-à-dire qu'il est prisonnier des divers corporatismes

et groupes d'intérêt qui le traversent, à un point tel qu'il est incapable de définir et encore moins d'imposer des objectifs aux divers partenaires qui le constituent. Le système est paralysé, d'autres auraient dit ingouvernable. Il en découle des recommandations pour restaurer l'autorité du politique contre les collusions des corporatismes.

Nous voulons suggérer ici qu'il est en effet possible d'en arriver à la conclusion que le système est en otage, mais qu'un tel diagnostic appartient à un mode d'analyse bien particulier : l'analyse stratégique, d'ailleurs fort habile à rendre compte des jeux d'influence des divers groupes sociaux. Puis nous proposerons

une autre lecture, selon laquelle le système est en *crise*, prisonnier non plus des corporatismes, mais de ses propres arrangements institutionnels, qui le rendent impuissant à poursuivre la lutte contre la maladie et l'exclusion sociale. Enfin, nous analyserons deux stratégies pour sortir de l'impasse : celle que poursuit l'État depuis une décennie, qui consiste à ne réagir qu'aux contraintes financières par une baisse de la rémunération, puis celle que préconise la commission Rochon, qui incite les acteurs à changer leurs comportements sans modifier les règles du jeu². Nous terminerons en indiquant quelques pistes pour une alternative.



De l'analyse stratégique

L'analyse stratégique a sans aucun doute une grande qualité : elle fait apparaître toute organisation non pas comme un ensemble de règles rationnelles ou de logiques implacables, mais comme un organisme vivant, agi par une multiplicité d'acteurs (Crozier et Friedberg, 1977). Ceux-ci, faut-il le rappeler, sont considérés comme autant de groupes d'intérêt cherchant à maximiser leurs avantages respectifs pour la raison bien simple que chacun a une marge de manoeuvre, une zone de liberté qui lui permet de négocier constamment sa participation. Chaque groupe adopte un comportement rationnel, conforme de son point de vue au développement des stratégies, utilise des moyens de pression pour obtenir des décisions qui lui sont favorables, sans détruire l'organisation qui lui procure des avantages. Les groupes qui occupent

des positions stratégiques pour l'organisation, c'est-à-dire essentielles et difficilement remplaçables, disposent d'atouts privilégiés dans la lutte pour l'influence, atouts qui sont encore multipliés s'ils peuvent obtenir l'appui de groupes extérieurs susceptibles eux aussi d'influencer les décisions. Une telle représentation du comportement des acteurs peut heurter les définitions de l'organisation par la rationalité et la clarté de ses objectifs. Or, selon l'analyse stratégique, il ne peut y avoir d'objectifs communs, de finalités qui feraient consensus, pour deux raisons principales. D'abord, chacun des acteurs individuels et collectifs s'identifie à des objectifs partiels et limités, selon sa place dans la division du travail, et adapte ses comportements à cette vision déformée. Deuxièmement, et c'est là un point important, il n'y a pas d'ordre préétabli dans une organisation ; l'ordre relatif imposé par les dirigeants est, en raison même des pressions des groupes d'intérêt, constamment remis en question, ajusté, modifié. Chacun des participants poursuit sa stratégie personnelle, et il n'y a pas de légitimité incontestée à lui opposer. Ainsi, l'organisation change, évolue au gré des pressions, en fonction de décisions dont l'objet est d'apaiser les revendications les plus fortes et de résoudre ainsi les conflits internes.

Ces quelques notions, trop rapides, permettent néanmoins de bien apprécier l'analyse de la commission Rochon. L'ensemble du système de santé et de services sociaux est saisi comme une vaste organisation dirigée par les ministères et les hauts fonctionnaires gestionnaires, et où les diverses catégories de personnels et d'établissements sont considérées comme autant de groupes d'intérêt poursuivant leurs stratégies gagnantes. Ainsi,

selon la Commission, « tout se joue sur la base des rapports de forces, des luttes de clocher, des rivalités entre professionnels et entre établissements » (429). La force respective des groupes dans ce jeu d'influence dépendra ultimement de leur capacité d'utiliser les moyens efficaces, en particulier les « scandales et les coups d'éclat dans les media » (429), de sorte que les « décisions d'allocation des ressources ont été davantage le résultat de la confrontation des intérêts des différents groupes organisés et de leurs stratégies » (426).

La Commission laisse donc entendre que les décisions sont prises non pas en fonction des objectifs ou des besoins et intérêts de la population, mais selon les intérêts particuliers des groupes et selon la capacité de ces derniers de mobiliser des ressources (corporations professionnelles, membership, alliances, media d'information...) pour la défense de leurs intérêts. « Actuellement, le système de services de santé et de services sociaux ne semble pas doté d'objectifs vers lesquels convergent l'ensemble des acteurs. C'est une scène ouverte à tous les jeux. Et l'argent va au gagnant, c'est-à-dire à celui qui crie le plus fort » (427). Le problème n'est pas l'existence de groupes d'intérêt, soutient la Commission ; ils font partie de la dynamique propre à toute société démocratique. « Le problème de fond provient de ce que le système est prisonnier de ces groupes ; il n'est plus capable d'arbitrer des demandes en fonction d'un objectif de bien commun plus large et plus fondamental que les objectifs particuliers de groupes en son sein » (429). Plus encore, « les débats sur la "mission" des établissements ne font que masquer des stratégies où chacun voudrait arriver à grossir son empire "orga-

nisationnel" » (419). Une telle situation interdit toute mobilisation sur des objectifs et davantage encore toute collaboration entre groupes d'intérêt à moins que la concertation soit motivée par un calcul stratégique ; il s'ensuit une « exacerbation entre professionnels et entre établissements, un renforcement des chasses gardées et une omniprésence des luttes de pouvoir » (429).

En l'absence de finalités liées au système lui-même, les objectifs qui s'imposent sont donc ceux des groupes d'intérêt les plus puissants. En somme, la hiérarchie des réseaux d'influence détermine directement la hiérarchie des objectifs du système. La Commission donne de nombreux exemples de cela : les services de santé sont favorisés par rapport aux services sociaux, les ressources communautaires partent perdantes dans leur négociation avec les centres hospitaliers, la recherche biomédicale accapare la majorité des ressources, et ainsi de suite.

Ce mode d'analyse, on le voit, est en même temps un mode bien particulier de représentation du social. La société apparaît comme une pluralité de groupes d'intérêt et de pression, de fragments sociaux à la recherche d'arrangements catégoriels. Les divers segments corporatistes exercent des pressions et négocient directement avec les administrateurs chargés d'élaborer des arbitrages. Il n'y a donc pas de décisions qui s'imposent et auxquelles les groupes doivent se conformer, ce sont eux qui influencent les décisions. La société, dans cette perspective, n'a plus de sens collectif, de projet ; elle a perdu son unité au profit des autonomies particularistes ; il n'y a plus d'enjeu, plus de débats démocratiques, seulement des négociations et des procédures administratives. Qu'il s'agisse de

syndicats, de mouvement des femmes, de ressources communautaires ou de mouvement écologique, chacun a ses entrées dans une officine de ministère, participe à un sommet, négocie. S'il entre dans le débat politique, c'est comme s'il allait au marché : pour échanger un vote ou un appui contre une décision éventuelle, une promesse ferme. Les questions de société ont fait place au marchandage généralisé. Nos sociétés ne seraient plus ni des démocraties représentatives où les divers intérêts sont canalisés par des partis politiques qui formulent des objectifs de société, ni même des technocraties qui imposent la rationalité au moyen de la planification et du contrôle de la vie sociale. Les néocorporatismes se nourrissent de l'émiettement de la société, de la disparition de tout projet central. Et il en est mieux ainsi : les idéologies et les grands projets sont rigides, alors que les jeux d'influence et les mécanismes de négociation permettent à la société de s'adapter en souplesse, de résoudre les problèmes au fur et à mesure qu'ils sont exprimés par les conflits d'intérêt et les revendications des divers groupes sociaux.

En bref, la Commission, en s'appuyant sur l'analyse stratégique, découvre que le système est pris en otage par les divers groupes d'intérêt. Elle se montre surprise de cette découverte, mais en fait elle n'a trouvé que ce qu'elle cherchait, conformément aux principes de l'analyse organisationnelle. Elle en conclut que le système est devenu proprement ingouvernable tant les pressions de toutes parts sont fortes et les demandes nombreuses, originant tant des corporatismes internes que des associations diverses d'usagers. La Commission, pour restaurer l'autorité publique, aurait pu recommander, conformé-

ment au néolibéralisme, de diminuer la pression sur l'État en privatisant certains services. Elle a plutôt opté pour la décentralisation et un renouvellement de la démocratie : des régies représentatives régionales définiraient des objectifs et des programmes qui s'imposeraient aux participants du système.

On voit mal comment des « députés régionaux » pourraient contraindre les corporatismes à modifier leurs stratégies. Et c'est là précisément la principale limite de l'analyse stratégique. Elle révèle fort bien les jeux d'influence et les luttes d'intérêts mais n'informe pas sur les règles du jeu, les contraintes structurelles qui répartissent les ressources et les atouts et permettent à certains acteurs d'élaborer leurs stratégies gagnantes. Il faut donc changer de perspective et repérer les grands paramètres du système de santé et de services sociaux qui l'ont conduit dans une impasse. On pourra alors mieux prendre la mesure des recommandations de la Commission.

Le système socio-sanitaire : un modèle institutionnel

Un regard sur l'histoire récente (Renaud, 1981 ; Lese-mann, 1981) montre bien que tout système socio-sanitaire se construit comme un compromis entre forces sociales ; un modèle institutionnel s'impose comme solution relativement stabilisée pour le traitement des problèmes sociaux et de santé. Les compromis institutionnalisés sont autant de contraintes structurelles ou de règles du jeu auxquelles les groupes se conforment, au moins pour une période donnée (Aglietta, 1976 ; Lipietz, 1984 ; Touraine, 1984), tout en cherchant le meilleur parti possible. Le modèle peut d'ailleurs comporter des variantes, comme les polycliniques privées et les CLSC, et il doit être

analysé sous trois angles différents (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987 ; Leborgne et Lipietz, 1988). D'abord selon le *mode de consommation*, qui caractérise le rapport social régissant les normes de consommation des services de santé et des services sociaux ; selon les *formes d'organisation du travail*, qui indiquent les divers types de procès de travail et d'autorité ; et selon les *relations de travail*, qui renvoient aux conventions collectives définissant la répartition des pouvoirs et les droits et obligations des travailleurs et de la direction.

Ainsi, un modèle institutionnel se définit par la compatibilité entre un mode de consommation, une forme d'organisation du travail et un mode de relations de travail. Ce modèle est une « trousse à outils », le résultat involontaire des conflits idéologiques et sociaux (Leborgne et Lipietz, 1988). Aucun groupe social, encore moins aucun individu, n'a planifié un tel système : il suffit de rappeler pour s'en convaincre les différences entre un projet de réforme et le système réel qui prend forme. Soulignons les grands traits du modèle pour en montrer la cohérence puis les limites.

Une consommation dépendante : le providentialisme

La conquête des droits à la santé et au bien-être, dans un contexte de destruction des solidarités traditionnelles et de pression des mouvements sociaux (Bélanger et Lévesque, 1987), s'est concrétisée par la mise en place d'une gestion étatique et centralisée du système socio-sanitaire. Si l'ensemble des citoyens pouvaient accéder à un service universel et gratuit, ils étaient en même temps insérés dans un rapport de consommation dépendante et passive, sans droit de regard sur la définition de leurs besoins ni sur les modalités d'intervention ou de traitement. Ce rapport peut être qualifié de providentialiste : d'un côté existe une gestion techno-bureaucratique, de l'autre une consommation individualisée et passive de services collectifs. Cette intégration dépendante a constitué le mode dominant de consommation des services socio-sanitaires, malgré des variantes dans certaines parties du réseau. Par analogie avec le taylorisme, on pourrait avancer que ce mode de consommation favorise la polarisation des qualifications : le patient devient un exécutant de prescriptions sans être impliqué dans le processus et sans que ses savoir-faire soient sollicités : double dépossession, donc, dans le travail et la consommation (Bélanger et Plamondon, 1983).

L'organisation du travail : tendancielle tayloriste

Le système de santé et de services sociaux est vaste et complexe. Il peut être décomposé en plusieurs niveaux : la direction et les cadres, les médecins, les salariés affectés aux soins (professionnels, infirmières, techniciens), les salariés de soutien (employés de bureau et ouvriers).

Une analyse fine exigerait des catégories plus diversifiées, mais nous distinguerons entre les gestionnaires, le « monde médical » et les « ressources humaines », à la suite d'ailleurs de la Commission ; et le plus souvent le terme ressources humaines désignera les salariés directement liés au monde médical et aux patients.

La principale division du travail sépare en effet les médecins des ressources humaines : les premiers conçoivent les plans de soins et exécutent les actes professionnels, alors que les salariés sont chargés le plus souvent de tâches reliées à la prescription médicale. Cette division du travail subordonne au diagnostic médical tous les para-médicaux et certaines professions du social ; en particulier, elle déqualifie les infirmières, impuissantes à imposer leur autonomie sur la base d'un modèle de « nursing », et obligées d'adopter une optique centrée sur l'acte médical et la maladie. Cette subordination, liée à l'augmentation de la charge de travail, contribue à dévaloriser et à déshumaniser le rôle de l'infirmière (285) et entraîne une démotivation et une faible implication du personnel affecté aux soins des malades et aux services sociaux (415).

La division du travail à l'intérieur du système de santé et entre santé et services sociaux est fortement codifiée ; d'une part, seuls les soins *médicalement* requis sont universellement accessibles et gratuits (399) ; d'autre part, les professions médicales ont des *champs d'exercice exclusifs* régis par des corporations qui doivent cependant déléguer certains actes à d'autres professions, ce qui a contribué à renforcer la hiérarchisation des professions, le cloisonnement des territoires (268), les conflits entre groupes professionnels et l'absence de travail interdisciplinaire

(260). Plus généralement, cette codification consacre le monopole d'un modèle de soins : le *modèle biomédical*, fondé essentiellement sur les connaissances biologiques et sur des techniques d'intervention de plus en plus spécialisées et à haute teneur technologique. On a vu comment les infirmières sont soumises à l'acte médical ; il en est de même des médecines douces ou alternatives ; elles sont exclues si elles n'acceptent pas de se soumettre (sages-femmes, par exemple) à la corporatisme des médecins. Outre la très grande *rigidité* d'une telle division du travail, il en résulte que la bataille pour la santé et le bien-être est réduite aux innovations provenant du monde médical organisé en corporations. Cette exclusion des autres savoir-faire tire l'ensemble du système vers des spécialisations de plus en plus fines et vers l'investissement dans une technologie médicale de plus en plus sophistiquée et coûteuse.

L'organisation du travail dans le système de soins se caractérise par une double polarisation : celle des savoir-faire ou des qualifications, mais aussi celle des motivations et de l'implication au travail à un point tel que la qualité des soins serait déplorable s'il ne restait pas une bonne dose d'empathie et de dévouement chez le personnel affecté aux soins des malades et aux services sociaux (415). En somme, malgré une organisation du travail qui déqualifie et dévalorise, la qualité relative du système est sauvegardée par « l'éthique professionnelle » de ceux et celles à qui toute autonomie professionnelle est refusée.



Les contrats de travail : deux règles du jeu

Le monde médical et celui des « ressources humaines » ne sont pas soumis aux mêmes « conventions collectives ». Alors que les médecins sont des travailleurs autonomes, les salariés ont une convention très rigide, qui accorde des droits de gérance très étendus à la direction.

Le régime québécois de santé est caractérisé par une médecine libérale : les médecins ont l'entière liberté du lieu et du type de pratique, ils sont rémunérés à l'acte par un tiers payant public (la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ou RAMQ), et l'accès au régime est considéré comme un droit, ce qui représente un cas unique de garantie absolue de travail et de revenus (392). En somme, les médecins sont des entrepreneurs privés autonomes et indépendants, qui négocient avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec des tarifs pour chacun de leurs actes. Ce statut est déterminant dans la structuration du système socio-sanitaire. Même lorsqu'ils travaillent dans des établissements publics comme les hôpitaux, les médecins n'y sont ni salariés ni employés. L'État ou les directions ne peuvent donc exercer sur eux aucune contrainte. Ce n'est que par des mesures incitatives monétaires que les médecins sont invités à se conformer aux politi-

ques gouvernementales (c'est le cas par exemple pour la localisation dans les régions moins favorisées en services médicaux). Pour cette raison, les établissements ont un caractère bicéphale : la direction n'exerce aucune autorité sur les médecins, qui pourtant sont la clé de voûte du travail hospitalier (179-180 ; 414) ; le monde médical détient un pouvoir sur l'utilisation des ressources (180), mais refuse de participer à la gestion des établissements pour des raisons de rémunération ; réunis en conseil consultatif, les médecins peuvent remettre en question les décisions de la direction des établissements (180). Pour les médecins, l'hôpital n'a donc qu'un caractère instrumental pour leur pratique privée : 67 % des revenus des spécialistes proviennent de leur pratique en milieu hospitalier, et plus de 35 % des revenus des omnipraticiens proviennent de la même source. De plus, leur statut d'entrepreneur privé et la rémunération à l'acte rendent illusoire les politiques ministérielles sur la continuité et la globalité des soins (392) ou les programmes pour les personnes âgées (412-413). Au contraire, l'incitation est à la multiplication des actes, en particulier les plus rémunérateurs, à la médicalisation des services et aux rivalités professionnelles.

Tout autre est le rapport de travail entre l'État et ses employés salariés ; il s'apparente au *fordisme* dans le secteur industriel. Les conventions collectives se caractérisent par leur extrême *rigidité* et par l'*exclusion* des travailleurs de tout droit de regard sur la gestion et l'organisation du travail. D'abord la rigidité. Les conventions collectives sont extrêmement centralisées : négociées au sommet entre l'État et les directions, d'une part, et les fédérations (ou unions) syndi-

cales, d'autre part, elles s'appliquent à toutes les catégories d'établissements (plus de 900) et de personnels. On y retrouve plus de 160 titres d'emploi, ce qui indique un très grand cloisonnement, des définitions de tâches très précises, une division du travail rigide (249-250). Les règles d'affectation du personnel sont prescrites dans les conventions : remplacement des absents, mutations, ancienneté, affichage, listes de disponibilité, congés, etc. De plus, les salariés jouissent d'une *sécurité d'emploi totale* une fois la permanence acquise. Peu de choses sont laissées à la discrétion des établissements, de sorte que la gestion des ressources humaines se réduit le plus souvent à l'application des conventions collectives.

Cependant, quant à la répartition des pouvoirs, les dirigeants ont l'exclusivité des droits de gérance, les syndicats s'occupant des revendications salariales et des conditions de travail. Cette division stricte des tâches entre gestion et revendication traduit l'exclusion des salariés de toute responsabilité quant aux politiques des établissements, aux programmes, à l'allocation des ressources humaines et financières, ainsi qu'à l'organisation du travail, y compris les changements technologiques. Ces droits de gérance permettent, à l'intérieur des rigidités mentionnées,

une grande marge de manoeuvre dans la définition des unités de travail, la répartition des tâches et la fragmentation des postes en temps partiel.

Il est maintenant possible de dégager la cohérence du système québécois de santé et de services sociaux : il y existe un *rapport de consommation providentialiste*, fondé sur la consommation dépendante individuelle et passive, et articulé à une *division du travail quasi tayloriste* qui polarise les qualifications et privilégie ainsi un mode d'intervention biomédical centré sur l'innovation technologique et le centre hospitalier, au prix d'une démotivation des personnels salariés ; articulé aussi à un mode de régulation ou à des *contrats de travail* où les médecins sont des *entrepreneurs privés autonomes*, alors que les salariés sont *exclus* de toute intervention sur la gestion, mais fortement protégés par des clauses *rigides* de définition de postes et de sécurité d'emploi.

Un système en crise

Ce système a sans aucun doute contribué à une amélioration considérable de l'état de santé de la population, quels que soient les indices retenus : il y a eu réduction de la mortalité périnatale de 50 % en 20 ans ; augmentation de l'espérance de vie, depuis 30 ans, de 7,5 ans pour les hommes et de 11 ans pour les femmes ; nette amélioration de la santé dentaire (402) ; progrès considérables des recherches dans le domaine de la biologie et de la génétique moléculaires et cellulaires, de la technologie médicale et de la pharmacologie (88). Cependant, le système est actuellement en crise, non pas pris en otage au sens où les divers corporatismes interdisent d'élaborer des programmes ou des objectifs, mais en crise, car il a atteint ses propres limites. En

d'autres termes, il est devenu *contreproductif* car il est impuissant, dans sa forme actuelle, à résoudre les problèmes qui suscitent la demande de production de soins (Illich, 1975 ; Aglietta et Brender, 1984). Cette contreproductivité se manifeste, d'une part, par le plafonnement de l'amélioration de la santé et, d'autre part, par le maintien sinon l'accroissement des inégalités devant la santé.

L'indicateur « espérance de vie en bonne santé », c'est-à-dire sans incapacité permanente, montre qu'en fait les gains ont été relativement faibles : depuis 1951, c'est-à-dire en près de 40 ans, l'espérance de vie en bonne santé n'a augmenté que de 1,3 an pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes. Certains chercheurs parlent donc de stagnation de l'espérance de vie en bonne santé, et on aurait même enregistré certains épisodes de diminution (46). De plus, la part des maladies chroniques et dégénératives va en s'accroissant, qu'il s'agisse des maux de dos, de l'arthrite, des rhumatismes, des maladies respiratoires, des maladies mentales ou d'autres incapacités. Cette augmentation pose de nouvelles exigences : le maintien et l'amélioration de la qualité de la vie (47). Car c'est la dégradation du mode de vie et les tensions qui traversent la société qui se traduisent par une croissance de la demande de consultations médicales (Aglietta et Brender, 1984 : 183). Lorsque la commission Rochon passe en revue les principales pathologies (les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le suicide, les maux de dos, les MTS, les problèmes de santé mentale...), elle conclut systématiquement et régulièrement que la lutte pour la santé et le bien-être nécessite une révision en profondeur des approches actuelles et le dévelop-

pement de stratégies de prévention, d'éducation et de dépistage (47-63).

D'autre part, en matière de santé et de bien-être, d'importantes inégalités liées aux conditions socio-économiques persistent et même s'accroissent. Une comparaison entre un quartier défavorisé et un quartier aisé montre un écart de neuf ans dans l'espérance de vie ; cet écart, loin de se résorber, s'accroît. Si l'indicateur espérance de vie en bonne santé est retenu, l'écart s'élargit à onze ans (81-82) ! Même si les indicateurs sont moins élaborés, il n'y a aucun doute que les inégalités socio-économiques ont un impact majeur sur la délinquance, la méadaptation et les difficultés d'intégration sociale. Enfin, les personnes les plus démunies se prévalent moins souvent des services de santé et de bien-être, en particulier des services préventifs (399). D'importantes barrières socio-culturelles subsistent et freinent leur accès aux services.

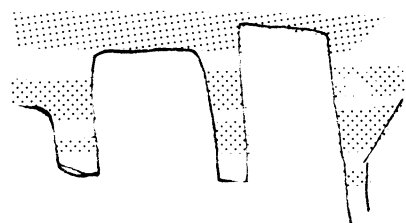
Qu'il s'agisse du plafonnement de l'état de santé et de bien-être ou de la persistance des inégalités, il est de plus en plus évident que la morbidité et les problèmes sociaux sont d'origine sociale et s'expliquent par le mode de vie et les facteurs liés à l'environnement (87). Ainsi, selon les termes mêmes de la Commission, commence à se dessiner un certain consensus sur les limites du système socio-sanitaire centré sur le modèle biomédical et l'hôpital (90). Et pourtant, comme on le verra dans un instant, il continue de se développer en approfondissant les traits qui sont à la source même de ses limites ; il se nourrit de ses propres échecs. Non pas par absence d'approches différentes : plusieurs alternatives existent, fondées sur une approche globale du processus de soins et favorisant la parti-

cipation active du patient, dans des domaines aussi variés que la santé mentale, la périnatalité ou les problèmes sociaux des jeunes. Mais ces approches sont refoulées par le système au rang de ressources communautaires.

Ce type de système de soins, de plus en plus contreproductif, exige en même temps une croissance constante des dépenses. En effet, la lutte pour la santé se livre au moyen du développement de techniques de plus en plus sophistiquées et de spécialisations médicales de plus en plus fines. Ces nouveaux instruments et spécialistes suscitent une demande nouvelle pour leur utilisation. Cet engrenage entraîne une augmentation constante et illimitée des dépenses. Cependant, ces dépenses apparaissent comme largement indifférenciées, et correspondent à un budget global que la « population » doit soutenir. À la faveur de la crise économique des années soixante-dix et de la récession de 1981, l'État a entrepris de diminuer les dépenses sociales par des politiques d'austérité.

C'est dans ce double contexte de crise du système et de crise financière qu'il faut analyser les interventions de l'État depuis les années soixante-dix et les recommandations récentes de la commission Rochon. Quelles règles du jeu seront modifiées ? Les transformations visent-elles l'organisation-division du travail, les conventions collectives ou le mode de consommation ? Quelles sont les nouvelles cohérences possibles et leurs effets ? Les combinaisons sont cependant trop nombreuses pour être explicitées. Par ailleurs, il est possible de dégager le scénario poursuivi par les interventions successives de l'État depuis le milieu des années soixante-dix. Loin d'être le résultat d'une politique du coup par coup, fixée selon

des intérêts immédiats et sans vision d'ensemble, les objectifs apparaîtront nettement. De même, le modèle de santé et de services sociaux proposé par la commission Rochon révélera ses incohérences et ses impossibilités.



politique

151

La réorganisation par l'État

Devant le double aspect de la crise des finances publiques et de la contreproductivité du système, les interventions de l'État ont consisté globalement à maintenir les principales caractéristiques du système, sauf sur un point important : les restrictions budgétaires ont porté sur la convention collective des personnels salariés, en imposant la *flexibilité* des conditions d'emploi, une augmentation de la *tâche* et une réduction des *salaires*. L'objectif d'ensemble consiste à rechercher des économies immédiates sans modifier ni la division du travail quasi tayloriste, ni le mode providentialiste de consommation, ni la « convention collective » des médecins, c'est-à-dire leur statut de travailleurs privés à l'intérieur du régime public.

Quelques indices suffiront. D'abord, depuis le début des années soixante-dix, l'allocation générale des ressources reproduit la division du travail. Les dépenses de rémunération des médecins ont progressé, parce que le nombre de médecins par habitant s'est accru (l'offre de services) (344) et qu'un déplacement

s'est opéré dans la pratique médicale : en effet, le faible accroissement du tarif des actes a été compensé par une augmentation importante du nombre d'actes posés par médecin (389), et par un déplacement vers les actes à technicité poussée, placés plus haut dans la structure des tarifs (423). Enfin, la progression des dépenses est aussi liée à la croissance des nouvelles technologies médicales (344). Par opposition, le contrôle des dépenses a affecté les salariés de plusieurs manières : il a entraîné la réduction des personnels des centres hospitaliers (342) et des services sociaux (343), et singulièrement des coupures salariales allant jusqu'à 20 % pour les plus haut salariés, imposées par décret gouvernemental en 1982, malgré les conventions collectives.

Ensuite, on a opéré une *flexibilisation* des contrats de travail. L'État et les directions d'établissements ont contourné les rigidités des conventions collectives en créant deux catégories de personnel : les employés réguliers, à temps plein, et protégés par la convention collective, et les employés occasionnels et à temps partiel. Alors que, il y a quinze ans, l'emploi dans ce secteur était essentiellement à temps complet et régulier, aujourd'hui moins de 45 % des employés ont ce statut ; 22,7 % sont réguliers mais à temps partiel (241), et

30,8 % sont à la fois occasionnels et à temps partiel. Les employés réguliers sont devenus minoritaires : dans l'ensemble du réseau, un peu plus de 110 000 personnes travaillent à temps complet, alors que près de 130 000 personnes travaillent à temps partiel sur une base régulière ou occasionnelle. Cette multiplication des statuts d'emploi fait en sorte qu'environ 30 % du personnel n'a pas la sécurité d'emploi et ne bénéficie pas des avantages de la convention liés au statut d'emploi, tels les congés de maternité. Cette tendance s'est accentuée ces dernières années : de 1980 à 1985, dans l'ensemble du réseau, chez les employés réguliers, le temps complet a diminué de 8 % et le temps partiel s'est accru de 95 % (250). Cette segmentation de l'emploi ajoutée à l'alourdissement de la tâche et aux pertes de salaires n'est pas sans lien avec certains phénomènes : taux de roulement de 35 % chez les occasionnels, difficulté de conserver une main-d'oeuvre qualifiée, conditions de travail peu attrayantes, faible motivation des personnels, climat de travail dégradé, et par suite déshumanisation et diminution de la qualité des soins. L'autoritarisme de la gestion accentue cette faible implication et se renforce lui-même en l'absence de personnel stable et motivé. Adossés à une convention collective qui prive les salariés de tout droit de regard sur l'organisation du travail, les gestionnaires des établissements accroissent leur contrôle sur les salariés. « La majorité des employeurs croient encore à l'autorité comme mode de gestion (...) Les employés sont essentiellement perçus comme des exécutants et le taylorisme se maintient comme système dominant d'organisation du travail, principale-

ment dans le secteur hospitalier » (417).

Lorsque la Commission soutient que le Québec a su contrôler la croissance des coûts du système au cours des quinze dernières années, elle compare des dépenses globales au total des dépenses publiques. À y regarder de plus près, on constate que le contrôle n'a pas atteint également tous les postes et exprime bien la politique de l'État : il y a eu

- croissance des dépenses de santé au chapitre de la rémunération des médecins et des technologies ;
- diminution des services sociaux gratuits ;
- réduction des salaires et des salariés ;
- précarisation et segmentation de l'emploi.

L'État a adopté une stratégie néo-tayloriste (Messine, 1986). Il a réorganisé le système en approfondissant la polarisation des qualifications et des salaires et en remplaçant un contrat collectif homogène par la dualisation du collectif de travail : une partie des salariés conserve une convention rigide avec toutes les garanties qui y sont attachées, alors que l'autre segment est soumis à la flexibilité. Cette nouvelle combinaison a permis un contrôle à court terme des dépenses. Cependant, elle maintient le monopole de la technique biomédicale dans la lutte pour la santé et le bien-être et continue d'exclure toutes les nouvelles initiatives, qu'elles proviennent des médecines douces ou des ressources communautaires, dont l'importance est pourtant croissante ; elle maintient aussi la subordination des infirmières malgré leurs revendications de plus en plus pressantes pour une plus grande autonomie de leur propre modèle d'intervention. Enfin, la segmentation, en créant deux classes de

salariés, ne peut améliorer ni le climat de travail, ni l'implication, ni la qualité des services. Bref, on peut prévoir que le système s'enfoncé pour ainsi dire dans la contreproductivité : à moyen terme, les coûts vont continuer d'augmenter sans pouvoir ajouter de la « vie aux années » et en exacerbant les exclusions sociales.



La commission Rochon : de nouvelles finalités mais de vieilles règles du jeu

Faute d'avoir identifié les paramètres principaux qui assurent la cohérence du système socio-sanitaire, la commission Rochon propose de nouvelles finalités au système, mais ne réussit pas à suggérer les conditions de leur atteinte. Ses limites sont celles mêmes de l'analyse utilisée.

La Commission élabore, en effet, toute une nouvelle philosophie de la santé et du bien-être qui prend le contre-pied des orientations dominantes actuelles. Après avoir précisé que le système de soins n'est qu'un élément de la lutte pour la santé et le bien-être, avec le mode de vie, c'est-à-dire les habitudes de vie et la qualité de l'environnement, la Commission propose que tous et toutes s'impliquent pour contrecarrer la dépendance et la consommation passive ; elle préconise une collaboration intersectorielle pour réduire les inégalités, le développement de la prévention et l'inclusion des services

socialement requis dans l'accessibilité universelle et gratuite ; enfin, elle suggère la participation active des usagers et des salariés à une gestion par programme qui évite les cloisonnements et les rivalités.

Cependant, en aucun cas elle ne suggère un changement important dans les grandes règles du jeu que nous avons identifiées plus haut. C'est là le paradoxe de cette Commission. Dans son analyse, elle ne révèle que des stratégies de groupes cherchant à maximiser leurs avantages, sans relier ces stratégies aux principales règles du jeu qui gouvernent les acteurs sociaux et les objectifs du système. Elle affirme même qu'il n'y a pas d'objectifs mais seulement des conflits entre groupes de pression où les intérêts les plus forts s'imposent comme objectifs. Dans ses propositions, elle fait la démarche inverse : elle propose des finalités, un nouveau modèle de soins, sans se soucier des stratégies des acteurs, comme si, dorénavant, les acteurs allaient modifier leurs conduites parce qu'on leur assigne de nouvelles finalités. Faut-il rappeler que tous les acteurs (établissements, corporations, syndicats...), dans un système ou à l'intérieur de formes ou contraintes structurelles, ne font et ne feront toujours que mettre en oeuvre tous les atouts dont ils disposent pour jouer gagnants ! S'ils ont les mêmes moyens et les mêmes ressources, les mêmes acteurs vont faire les mêmes choix et élaborer les mêmes stratégies ! Prenons deux exemples de recommandations pour illustrer notre propos : les régies régionales et la gestion participative.

Pour recentrer le système sur ses nouvelles finalités, la Commission propose d'accorder à des régies régionales représentatives le pouvoir de définir des objectifs

et des programmes qui articuleraient l'apport de ressources professionnelles diversifiées et la collaboration de plusieurs établissements différents. Une telle approche éviterait le cloisonnement actuel et l'absence de complémentarité, et rendrait indispensable l'intégration de professionnels à la gestion des établissements. Dans les termes que nous avons utilisés, ces recommandations équivalent à modifier radicalement la division du travail et l'organisation du travail prévalentes actuellement. En particulier, elles suggèrent un nouvel équilibre entre innovations technologiques et prévention, entre médecins et professionnels salariés, tels les infirmières et les travailleurs sociaux, entre centres hospitaliers et ressources communautaires ; bref, la Commission reprend les objectifs de médecine globale et interdisciplinaire énoncés il y a près de vingt ans par la commission Castonguay-Nepveu. Ces objectifs sont louables et conformes au diagnostic posé sur le système.

La question qui se pose est de savoir comment amener les médecins à modifier leurs pratiques en relation avec ces objectifs. L'appel à la bonne volonté a échoué, comme l'indique l'évolution récente du système. Car, on l'a vu, c'est l'effet combiné des corporatismes, de la rémunération à l'acte et du statut de travailleur indépendant qui structure le système de soins dans toutes ses dimensions : dualisme de l'administration des établissements, technicisation croissante de la médecine, renforcement des inégalités devant la maladie et la mort, segmentation du marché du travail des salariés... Donnons un exemple : il est bien connu qu'un dollar investi en soins préventifs prénatals ou en nutrition permet d'économiser de deux à onze dollars en traitements ulté-

rieurs pour les mères ou les enfants : les coûts ainsi évités sont liés, en particulier, à la réanimation respiratoire et néonatale, ainsi qu'aux hospitalisations tardives chez les populations défavorisées, qui fréquentent moins les services de soins (*Le Monde diplomatique*, juin 1987). Alors, comment faire pour favoriser davantage la prévention et atténuer les barrières socio-culturelles à l'accès aux soins, plutôt que de développer de nouvelles spécialités médicales liées aux technologies de la réanimation ? Les règles du jeu actuelles poussent les intervenants vers la technicisation. Pour remédier à cette tendance, la Commission propose de réduire la juridiction des corporations médicales à des actes spécifiques et non plus à un champ d'exercice, et de favoriser la rémunération forfaitaire des médecins pour les inciter à collaborer à des programmes d'approche globale. Peut-on penser que des mesures incitatives, qui n'ont pas pu jusqu'ici modifier la répartition géographique des médecins, pourront les mobiliser dans des activités qui, d'elles-mêmes, ne génèrent pas de revenus suffisants ? La tendance à techniciser l'intervention, liée à la structure des tarifs, pourra-t-elle être contrecarrée ? Les médecins et les établissements vont-ils accorder plus d'autonomie aux infir-

mières, aux nutritionnistes, aux organisateurs communautaires ?

Pour reprendre les termes de l'analyse stratégique, les médecins ne sont ni anges, ni démons : ils cherchent, comme tous les acteurs sociaux, à maintenir et à accroître leur position. Leurs conduites ne peuvent changer que si les contraintes structurelles, les règles du jeu sont telles qu'elles les incitent à jouer autrement. On ne peut demander à la Reine de se déplacer comme un simple pion. Tant que le monde médical conservera son statut d'entrepreneur indépendant (et ici il n'est pas question de salaire) dans un service public, tant que l'organisation du travail reposera sur le monopole du diagnostic et du traitement, c'est-à-dire sur le monopole de la conception, le système ne pourra être organisé autour de programmes favorisant une approche globale et multidisciplinaire. Les médecins en tant que groupe professionnel continueront de dominer la division du travail médical et les modalités d'organisation de l'offre de soins. Même si les coûts sont croissants et que l'État est soumis à des contraintes financières, le pouvoir qu'a le corps médical de rester maître de son propre travail continue de dépasser la capacité de l'État d'influencer la manière dont la médecine est exercée (Freidson, 1984). Si la Commission avait voulu intervenir sur les règles du jeu, deux hypothèses auraient pu être envisagées pour réorienter la pratique médicale et l'ensemble du système. D'abord, la *privatisation* des hôpitaux où la logique du capital financier pourrait assurer la prééminence des managers sur le monde médical dans la gestion des établissements et imposer une nouvelle division du travail. Deuxièmement, l'instauration d'un système de type *HMO américain* (rebaptisé OSIS par le Ministère), où le

principe de financement impose une double contrainte : réduire au maximum la consommation de soins de la population tout en maintenant la qualité des soins, ce qui peut être une incitation à la prévention. En somme, faute d'avoir compris que le changement des comportements passe par la modification des règles du jeu ou des contraintes structurelles, la Commission risque d'être rapidement dépassée.

La même conclusion se dégage de l'analyse des recommandations quant à la gestion participative. On l'a vu, l'organisation quasi taylorienne du travail se conjugue à un encadrement autoritaire qui déqualifie et dévalorise les savoir-faire des salariés au profit des interventions techniques des spécialistes. Cette soumission entraîne un attachement à la part restante d'autonomie, des revendications dans le sens d'une plus grande participation et même des initiatives parallèles pour maintenir une qualité des services conforme à l'éthique professionnelle. Ces initiatives ne sont toutefois pas reconnues, et même si elles sont tolérées, elles n'en sont pas moins constamment menacées. D'où l'ambivalence d'une implication dans le travail à la fois refoulée et affirmée, donc paradoxale et contradictoire. La Commission suggère une gestion participative des établissements, une meilleure collaboration entre les gestionnaires et les différentes catégories de personnel par des mécanismes de consultation, une attention accrue à la formation, et ce, afin de répondre aux aspirations à la démocratisation et à la valorisation des personnes dans leur milieu de travail. Cela revient au mouvement des relations humaines, qui tente de susciter une implication dans le cadre d'une organisation du travail qui la refoule. Les expériences de relations humaines ne

peuvent avoir de « succès » que si elles sont accompagnées d'un fort « patriotisme d'établissement », que la « culture organisationnelle » vise à développer.

Cet appel à la collaboration et à la consultation se heurte à un rapport d'exclusion qui est contenu dans les conventions collectives et qui en constitue la règle du jeu fondamentale. En effet, les rapports de travail entre les employés salariés et l'État sont fondés sur une division stricte des responsabilités : l'État et les directions ont obtenu l'exclusivité des droits de gérance, les syndicats négocient les salaires et les conditions de travail. Cette division, on l'a vu, traduit l'exclusion des salariés de tout droit de regard, y compris sur l'organisation des soins. La division du travail repose donc sur la convention collective négociée. Là est la source même de l'autoritarisme de la gestion. Il est contradictoire de fonder l'implication des personnels salariés sur un contrat d'exclusion. Le moindre conflit rappelle à la direction ses droits de gérance et les mécanismes de participation se vident de leur capacité de satisfaire les aspirations à la démocratisation.

De même, la Commission invite l'État à modifier ses politiques récentes de segmentation du marché du travail pour rétablir la stabilité du personnel, donc la rigidité en matière de sécurité d'emploi pour tous les employés. Deux remarques s'imposent ici. D'abord, il y a une part de vérité dans l'argument qui lie la flexibilisation à la rigidité de certaines clauses des conventions collectives : multiplicité des titres d'emploi, listes d'ancienneté, remplacements pour congés ponctuels, etc. De plus, il serait cohérent qu'une nouvelle organisation du travail accompagnée d'une implication accrue des employés exige une plus grande souplesse

dans la définition des tâches et une plus grande polyvalence des travailleurs à l'intérieur de catégories d'emploi plus larges. Cette polyvalence est cependant inacceptable pour les travailleurs syndiqués dans le régime actuel : la rigidité des titres d'emploi est justement une protection contre l'arbitraire dans la distribution des tâches. La polyvalence ne peut être échangée que contre un droit de regard sur l'organisation du travail. Il faut donc que les parties négocient de nouvelles règles du jeu. Ce nouveau compromis permettrait à la fois une flexibilité des métiers ou des postes, une rigidité en matière de sécurité, ainsi qu'une implication et une motivation au travail. Mais ce n'est là qu'un exemple pour montrer qu'un nouveau modèle ne peut se constituer qu'à partir d'une compatibilité ou d'une cohérence entre une forme d'organisation du travail, un type de convention collective et, ultimement, un mode de consommation des services.

Toutes les solutions ne sont pas pour autant également satisfaisantes pour les diverses parties en présence. La crise du système socio-sanitaire actuel n'est pas non plus également reconnue. Nous avons montré qu'il ne suffit pas d'étudier les stratégies des diverses catégories d'acteurs. Il faut remonter aux formes institutionnelles ou aux contraintes structurelles (les règles du jeu) qui limitent ou élargissent la marge de manoeuvre de chacune d'elles pour bien saisir les luttes d'influence.

Ces contraintes structurelles, nous les avons identifiées comme étant la division du travail, les contrats collectifs et le mode de consommation. Seule une telle méthode déplace le problème des luttes de clocher aux paramètres qui, dans leur cohérence, ont permis au système d'atteindre

certain objectifs de santé et de bien-être, mais sont parvenus aux limites de leurs capacités. Le système est en crise et non en otage : contreproductivité, inégalités et contraintes financières sont étroitement reliées. L'État n'a réagi qu'à la croissance des coûts en faisant fi des conventions collectives et en ne s'attaquant qu'au personnel salarié par des coupures de salaires et par la précarisation de l'emploi. Les solutions pour relancer la bataille pour la santé et le bien-être exigent de considérer en même temps les trois dimensions de la crise. Elles impliquent de nouveaux compromis sociaux, un nouveau pacte. Les appels à une nouvelle philosophie sont inefficaces s'ils se présentent comme consensuels et s'ils ne sont pas suivis d'indications sur des formes nouvelles de contraintes ou sur de nécessaires, et parfois douloureux, nouveaux compromis. Sinon, le risque est grand que, dans vingt ans, on « révèle » à nouveau non seulement les mêmes luttes d'intérêt, mais les mêmes gagnants.

Paul R. Bélanger
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal

Notes

¹ Cette étude est le résultat d'une vaste enquête sur le régime québécois de santé et de services sociaux. En plus de sa propre équipe de recherche, la Commission disposait de plus de soixante-dix dossiers d'experts et rapports de recherche, et a procédé à une vaste consultation auprès d'un millier d'organismes. Voir Commission d'enquête, 1988.

² L'analyse présentée ici s'appuie essentiellement sur les données et informations, d'ailleurs très riches, du rapport même de la Commission. Les chiffres entre parenthèses sans autre indication renvoient aux pages de ce rapport. Nous appliquons à l'ensemble du réseau la problématique développée pour l'étude d'une de ses composantes : les CLSC. Voir Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987, et Bélanger et Lévesque, 1988.

Bibliographie

- AGLIETTA, M. 1976. *Régulation et crises du capitalisme*. Paris, Calmann-Lévy.
- AGLIETTA, M. et A. BRENDER. 1984. *La Métamorphose de la société salariale*. Paris, Calmann-Lévy.
- BÉLANGER, P.R. et B. LÉVESQUE. 1987. « Le mouvement social au Québec : continuité et rupture », dans P.R. Bélanger et autres (dir.). *Animation et culture en mouvement*. Québec, PUQ.
- BÉLANGER, P.R., B. LÉVESQUE et M. PLAMONDON. 1987. *Flexibilité du travail et demande sociale dans les C.L.S.C.* Québec, Les Publications du Québec (Commission Rochon, recherche 13).
- BÉLANGER, P.R. et B. LÉVESQUE. 1988. « Une forme mouvementée de gestion du social », *Revue internationale d'action communautaire*, 19/59, printemps.
- BÉLANGER, P.R. et M. PLAMONDON. 1983. « Usagers et travailleurs de la santé : hypothèse de recherche », *Actes du colloque sur la recherche sociale*, Conseil québécois de la recherche sociale.
- BOYER, R. (éd.). 1986. *La Flexibilité du travail en Europe*. Paris, La Découverte.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). 1988. *Rapport*. Les Publications du Québec.
- CROZIER, M. et E. FRIEDBERG. 1977. *L'Acteur et le système*. Paris, Seuil.
- FREIDSON, E. 1984. *La Profession médicale*. Paris, Payot.
- ILLICH, I. 1975. *Nemesis médicale*. Paris, Seuil.
- LEBORGNE, D. et A. LIPIETZ. 1988. « L'après-fordisme et son espace », *Les Temps modernes*, 43^e année, no 501, avril.
- Le Monde diplomatique*. 1987. « Les impératifs de la protection sociale », juin.
- LESEMANN, F. 1981. *Du pain et des services*. Montréal, Éditions Saint-Martin.

- LIPIETZ, A. 1984. *Accumulation, crises et sorties de crise*. Paris, CEPREMAP, no 8409.
- MESSINE, P. 1986. *Les Saturniens*. Paris, La Découverte.
- RENAUD, M. 1981. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique », dans L. BOZZINI et autres. *Médecine et société*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- TOURAINÉ, A. 1984. *Le Retour de l'acteur*. Paris, Fayard.