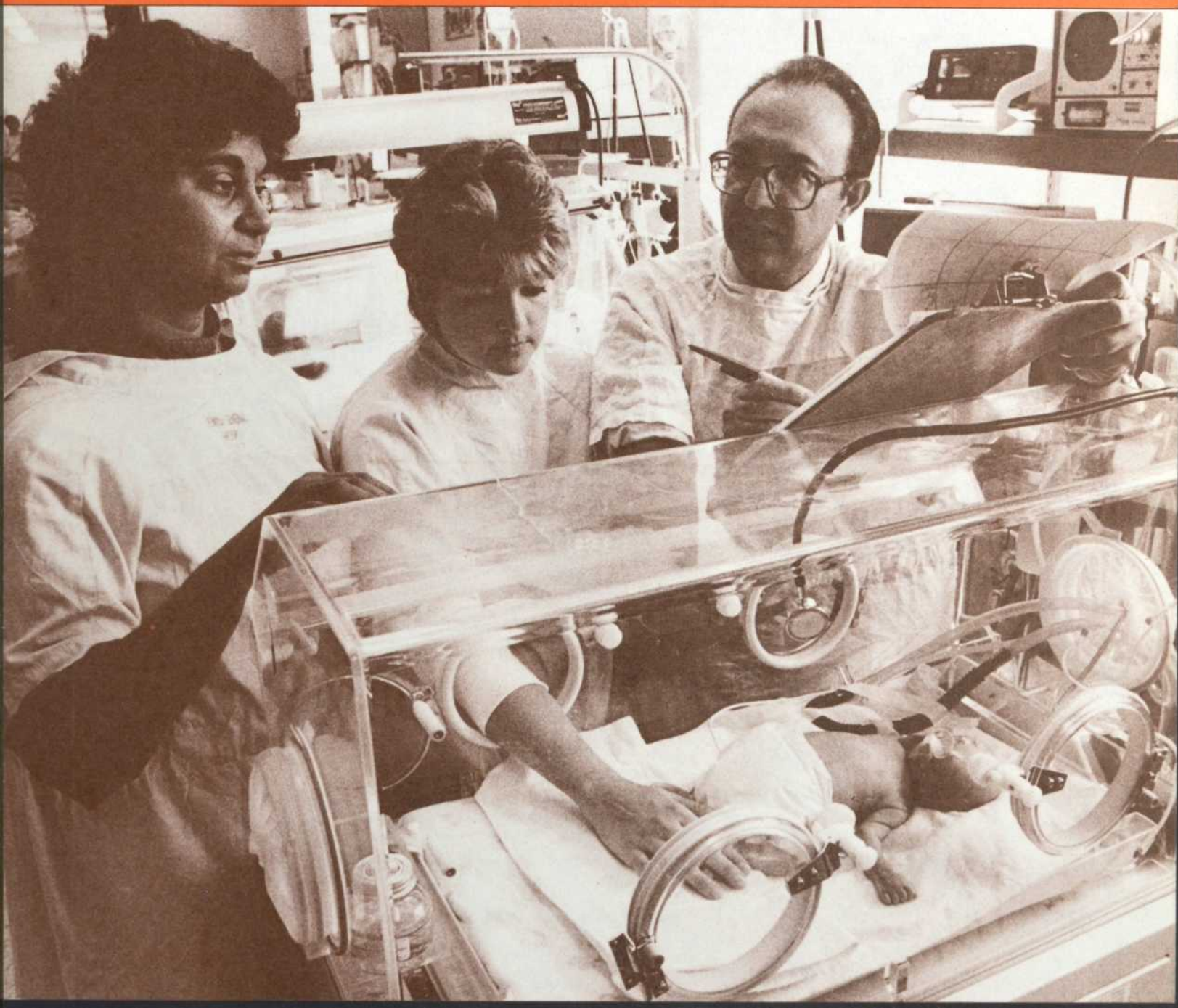


relations

avril 1989 2,50 \$ no 549

médecine et société



Des mots ont balayé le sol de notre hiver. Nous le savons mieux, barrière rime avec frontière, seuil s'accorde avec deuil et naître avec... disparaître. Magie et pouvoir des mots, pouvoir de la langue qui court et nous échappe, au delà du savoir précis et mesurable. Si seulement le fait de détenir ce pouvoir nous conférerait aussi celui de transformer la réalité !

Au moment même où l'Office national du film, par Radio-Canada interposée, convoquait la nation au tribunal de son avenir, le Conseil des affaires sociales dévoilait l'existence de *Deux Québec dans un*. Non seulement le taux de natalité est en panne, mais aussi le territoire habité par deux Québécois sur cinq. Un pays où s'accroissent les écarts entre des zones en croissance et des zones en déclin, « un pays fragile de son présent et incertain de son avenir ». De quoi « avoir la chair de poule », disait Lise Payette en concluant le film *Disparaître*.

Que s'est-il donc passé pour que nous en arrivions à des niveaux de santé différents selon les régions, à des mouvements de population qui brouillent les pistes ? Mieux nous comprendrons la face cachée des deux Québec, côté ombre autant que côté lumière, meilleures seront nos chances d'infléchir le cours des prochaines décennies. D'autres citoyens viennent d'ailleurs nous prêter main forte dans cette tâche ; nous avons besoin de leur regard autant que de leurs bras et de leurs berceaux. Ils apportent avec eux l'expérience de civilisations qui ont traversé des siècles tumultueux. Loin d'être une menace à notre avenir, ces hommes et ces femmes sont convoqués avec nous à poursuivre, autrement peut-être, cette Révolution tranquille qui arrive à la trentaine, avec le grand besoin d'un nouveau souffle.

Heureusement, naître et renaître font un. La relecture de notre histoire et des politiques récentes – une pratique si féconde jadis pour le peuple hébreu en exil – pourrait bien s'avérer un instrument majeur pour la libération de notre avenir.

Gisèle Turcot

relations

revue du mois publiée par le Centre justice et foi, sous la responsabilité d'un groupe de membres de la Compagnie de Jésus.

DIRECTRICE
Gisèle Turcot

SECRÉTAIRE À LA RÉDACTION
Fernand Jutras

COMITÉ DE RÉDACTION
Gregory Baum, Albert Beaudry, Julien Harvey, Roger Marcotte, François Morissette, Guy Paiement, Francine Tardif.

COLLABORATEURS

André Beauchamp, Michel Beaudin, Renaud Bernardin, Ginette Boyer, Richard Dubois, Caroline Jarry, Yves Lever, Annine Parent-Fortin, Jean Picher, Jacques Racine, Jean-Pierre Richard, Maryse Robert, Jean-Paul Rouleau, Henri Sader.

BUREAUX

8100, boul. St-Laurent
Montréal H2P 2L9
tél.: (514) 387-2541

ABONNEMENTS

Hélène Desmarais

10 numéros (un an): 16,00 \$
(à l'étranger: 20,00 \$)

Les articles de *Relations* sont répertoriés dans *Points de repères* et dans le *Canadian Periodical Index*, publication de Info Globe. Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec.

ISSN 0034-3781

On peut se procurer le microfilm des années complètes de *Relations* en s'adressant à *University Microfilm*, Ann Arbor Michigan 48106, USA.

Courrier de la deuxième classe. Enregistrement no 0143.

face à l'actualité

L'avenir de la santé mentale au Québec
Claude Julien : une conférence choc !
Qui succédera à Jean Pelletier ?
Ernest Duffault, alias Will James

NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

C'est en janvier 89 que la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux, a finalement publié une *Politique de santé mentale*¹. Cette nouvelle politique n'arrive pas seule. Elle s'inscrit dans une panoplie de réformes qui modifient sen-

siblement le rôle de l'État dans la régulation du social. Le gouvernement en place a résolument pris le virage néo-libéral (*Reaganomics*) caractéristique des années 80, qui consiste non seulement à tendre vers une privatisation en douce des services sociaux, mais peut-être surtout à forcer un éclate-

1. En tant qu'intervenants dans une ressource alternative et communautaire en santé mentale, nous avons suivi et commenté ce dossier depuis ses débuts lors des travaux du comité Harnois, lors de la commission parlementaire sur le sujet, et dans les phases subséquentes d'attente et d'espoir : « La désinstitutionnalisation institutionnelle », Mémoire de la Maison St-Jacques présenté à la Commission parlementaire portant sur le rapport Harnois (janvier 88) ; M. Poirier et J. Gagné, « Le rapport Harnois sur la santé mentale », *Le Devoir*, 28 janvier 88 (p. 9) ; M. Poirier

et J. Gagné, « Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, juin 1988 (p. 132-143) ; J. Gagné et M. Poirier, « La santé mentale au Québec : un champ en crise », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 1, no 1, automne 1988 (p. 143-155) ; J. Gagné, « Le rapport Harnois : une pièce de la *perestroïka* néo-libérale au Québec », *Revue canadienne de politique sociale*, no 22, 1988 (p. 80-83).

ment des solidarités communautaires traditionnelles et à produire une individualisation des recours aux services.

Selon cette tendance, les programmes universels sont laissés apparemment en place – s'attaquer à ceux-ci est politiquement peu rentable. Par contre, ils ne sont pas ajustés aux nouveaux besoins. Le régime des allocations familiales, par exemple, continue d'offrir un support, qui n'a plus rien à voir avec les coûts réels de la garde d'un enfant, mais qui est « bonifié » par l'octroi d'une « allocation de bienvenue » pour les trois premiers nés. Dans ce même esprit, le récent énoncé de politique sur les services de garde à l'enfance (Québec, 1988) contourne le support direct aux garderies par un paiement proportionnel aux frais encourus par les parents. Au chapitre de l'aide sociale (Loi 37), on multiplie les catégories de prestataires en ajoutant à l'aide de base divers incitatifs. En d'autres mots, l'État se désresponsabilise, fait place à ce que Vennat nomme un « new-look » de l'État-providence², mais qui nous semble à nous, après deux mandats de l'ère Reagan, être plutôt un « vieux virage » improductif.

Dans le milieu communautaire nous attendions impatiemment la sortie de la nouvelle politique de santé mentale. Les problèmes se multiplient et les usagers sont en attente de véritables services sociaux et thérapeutiques. Qu'offre le gouvernement ? Tout d'abord une reconnaissance des multiples partenaires impliqués, mais sans en spécifier les rôles, sans oser jusqu'au bout le recadrage psychosocial qui s'impose. La politique offre des comités tripartites avec 1/3 de représentants du « milieu communautaire », mais sans prémunir ce milieu d'une invasion indirecte par les ressources institutionnelles (surtout en « région »). De plus, les CRSSS³ auront de multiples moyens pour affaiblir ces comités (choix des participants, gestion usuelle, interprétations locales de la politique) et des abus de pouvoir sont à craindre. Alors que le système de santé et de services sociaux est réputé « ingérable » (Commission Rochon), le Ministère se retire de ces combats mesquins entre groupes d'intervenants, se protège de ce que la ministre a nommé pudiquement les « lacunes de la désinstitutionnalisation », et laisse aux joyeux partenaires le plaisir d'une « foire d'empoigne ». Que cela crée des disparités régionales ou des inégalités de services à la population, que peut-on y faire ? N'y a-t-il pas vertu dans le fait de régionaliser les services et de favoriser le partenariat ?

Comme praticiens d'une ressource alternative, nous craignons très sérieusement cette désresponsabilisation de l'État. D'autant que la politique, sous des dehors de démocratie, a des travers bien visibles. En ce sens, et contrairement à ce que le document ministériel affirme (p. 26), le partenariat pour nous n'est pas une question « d'attitude » de la part des intervenants, mais bien le résultat éventuel d'un débat de fond sur les modèles d'aide qui circulent dans le champ de la santé mentale.

Dès le dévoilement de la politique, le Dr. Lamontagne affirmait, au nom de l'Association des psychiatres du Québec, qu'il était peu pertinent que des non-professionnels et des ressources communautaires participent au « traitement des malades⁴ ». L'Association des hôpitaux du Québec, pour sa part, s'empressait de réclamer toujours plus de psychiatres, un point de vue désuet mais perpétuellement répété. Ces acteurs proposent encore le même discours biologisant de la « maladie mentale » et du « médicament miracle » – et la proposition ministérielle d'un cadre biopsychosocial pour l'intervention révèle bien le pouvoir du cartel pharmaceutico-psychiatrique.

Après avoir connu dans les années 60 une Révolution

tranquille, le Québec connaît aujourd'hui une « révolution tranquillisée ». En 1987, les médecins canadiens ont signé quatre millions de prescriptions d'Halcion, un puissant somnifère qui peut entraîner des problèmes secondaires majeurs, tels l'amnésie ou des hallucinations⁵. À l'Université de Montréal, une enquête récente indique que jusqu'à 40 % des étudiants ont consommé des tranquillisants prescrits au cours des derniers mois⁶. Une autre étude révèle que les femmes prennent jusqu'à quatre fois plus de somnifères et de tranquillisants que les hommes⁷.

Plutôt que de s'attaquer aux causes du désarroi contemporain et d'offrir de véritables restructurations sociales et des relations d'aide soutenues, la société s'enfonce dans la recherche des « paradis artificiels ». Il est, par exemple, choquant que les psychiatres fassent, depuis quelques années, l'éloge inconditionnel du lithium : ainsi, la Fondation des maladies mentales brochait une capsule vidée de ce produit sur son dernier dépliant promotionnel « Nous sommes tous concernés ». Pendant ce temps, le comité des bénéficiaires de l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine publiait une recherche intitulée « Dopage aveugle des malades mentaux » (1988). Peut-on vraiment soutenir que le partenariat soit une question d'attitude ?

Du côté des ressources alternatives offrant un milieu enrichissant, respectueux du cheminement personnel et social des usagers, nous croyons qu'il faut dénoncer cette perpétuelle « pillulition » atmosphérique créée par l'environnement psychiatrique. Notre expérience nous enseigne que dans 90 % des situations de demande d'aide, les gens n'ont aucunement besoin de tranquillisants, de sédatifs, d'anxiolytiques, d'anti-dépresseurs ou même de psychotropes majeurs – mais qu'ils ont besoin d'une véritable relation d'aide, d'une approche psychosociale dégagée du bio-médical, et qui soit axée sur l'apprentissage, l'expérience relationnelle et les prises de conscience.

Si 10 % des étudiants universitaires songent au suicide⁸, si 12 % des Québécois adultes vivent des troubles d'anxiété et si 20 % des personnes connaîtront dans leur vie des problèmes de santé mentale (document ministériel, p. 11), nous croyons qu'il faut éviter de transformer en zombies irresponsables autant de personnes, en leur faisant avaler littéralement une présumée « potion magique » qui ne résout absolument rien. Nous sommes persuadés qu'il est préférable d'enseigner une bonne nutrition plutôt que de multiplier les opérations chirurgicales pour faire disparaître l'embonpoint !

Les ressources alternatives et communautaires devront continuer à se débattre dans le nouveau terrain de jeu régional que leur offre le Ministère. Comme un récent communiqué

2. P. Vennat, « Le New-look de l'État-Providence », *La Presse*, 17 janvier 89 (éditorial).
3. Conseils régionaux de la santé et des services sociaux.
4. M. Gagnon, « La nouvelle politique de santé mentale manque de clarté », *La Presse*, 17 janvier 89.
5. B. Bisson, « Le somnifère Halcion peut entraîner l'amnésie et la confusion mentale », *La Presse*, 31 janvier 89.
6. R. Rowan, « Le stress fait des ravages à l'UdM », *Le Devoir*, 31 janvier 89.
7. F. Berger, « La mode est à la drogue chez les travailleurs », *La Presse*, le 23 janvier 89.
8. B. Chapdelaine, « Mot d'ordre à l'UdM pour prévenir le stress », *La Presse*, 31 janvier 89.
9. « Une politique de santé mentale ambiguë », Communiqué de presse du Regroupement des Ressources alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASM), p. 2.

du Regroupement des ressources alternatives du Québec en santé mentale⁹ (45 organismes) l'affirme : « (...) l'offre de services en santé mentale est très majoritairement médico-psychiatrique ; elle a conduit notre société dans un coûteux cul-de-sac, tant humain que financier. Les citoyens du Québec

ont le droit de se voir proposer des alternatives, diversifiées et accessibles ». ■

Jean Gagné et Mario Poirier
Intervenants à la Maison St-Jacques

L'ÉCONOMISME DE NOS SOCIÉTÉS

Invité au Québec en novembre dernier par le tout nouveau Musée de la Civilisation de Québec, l'UQAM et Le Devoir, le directeur du prestigieux mensuel français Le Monde diplomatique, Claude Julien, a donné à Québec et à Montréal une série de conférences sur un thème que son journal étudie sous tous ses angles, depuis quelques mois : celui des sociétés « malades de leur culture ». Caroline Jarry résume ici les grandes lignes de la conférence qu'a donnée M. Julien, le 22 novembre dernier à l'UQAM.

à plusieurs égards, nous pouvons être fiers de notre culture. Comment ne pas être émerveillés par les avancées foudroyantes des arts et des sciences, qui ont fait reculer les frontières de l'ignorance, débouché sur des innovations technologiques majeures ? Comment ne pas admirer l'apport de la technologie moderne dans tous les domaines, y compris celui des arts, de la musique à l'architecture ? Oui, il faut rendre hommage à ce que notre culture a de positif et même de fabuleux.

Mais il faut aussi détecter dans cette culture les symptômes d'une grave maladie. Une maladie que nous nous obstinons à qualifier d'« économique », alors que ce regard économique, qui ne mesure que ce qu'il est facile de mesurer – l'inflation, le chômage, la misère – ne voit pas l'essentiel. En fait, les causes de la crise relèvent du domaine de l'esprit, de la culture. Autrement dit, d'un choix de société qui n'est pas déterminé que par une conjoncture économique. Il ne s'agit pas en effet d'une simple crise économique, « car notre société est plus riche que jamais, malgré la crise, mais elle laisse des multitudes dans la pauvreté ; car notre société est dynamique, mais elle marginalise les chômeurs et les exclus, et elle reste indifférente devant la délinquance, la drogue ».

Pour mieux illustrer cette distinction entre crise économique et crise de culture, prenons comme exemple le phénomène du nazisme. On a dit du nazisme qu'il était le résultat de désordres économiques, de l'inflation, du chômage. Mais le nazisme fut surtout rendu possible par une véritable abdication culturelle : pour fonder sa prétendue légitimité, pour fonder son rêve de suprématie raciale, le nazisme a dû mobiliser une armée de pseudo-scientifiques, de pseudo-biologistes, de faux historiens, de faux philosophes. Et c'est cette abdication culturelle du peuple allemand qui a permis la chasse aux Juifs, aux supposés « impérialistes anglo-saxons » et aux « décadents ». Un regard purement économique sur la période nazie de l'histoire allemande ne verrait qu'une relance de l'économie allemande sous Hitler...

De même aujourd'hui. Un regard purement économique ne saurait suffire pour mettre en évidence le problème de

culture de nos sociétés. Ou plutôt leurs problèmes. Classons-les, pour simplifier, sous deux rubriques : premièrement, l'absence d'une *vision synthétique* de l'ensemble des connaissances dont nos sociétés disposent et, deuxièmement, la tentation de soumettre notre ordre des valeurs à l'*économisme*.

Notre esprit, notre *culture*, ne parviennent pas à atteindre une vision globale de ce que nous sommes. « Nous mettons bout à bout nos connaissances dans divers champs de compétence – la physique, la chimie, l'électronique, etc. – mais nous ne percevons pas les interactions entre ces secteurs. Nous disposons d'un savoir immense, mais c'est un savoir en miettes. Nous sommes comme un observateur qui examine à la loupe un vaste tableau : il en connaît le détail, mais il ne voit pas le tableau. En un mot : les sciences ont progressé infiniment plus vite que notre réflexion sur nos avancées scientifiques ».

Dans un tel contexte, la recherche scientifique, technologique, etc., progresse sans cesse, mais sans but, sans ordre de priorité et, par conséquent, nous sommes en train de réaliser tout ce qui est *réalisable* – c'est là notre conception du progrès – plutôt que de réaliser ce qui est *souhaitable*. Et pourtant, une civilisation ne se définit pas par les outils dont elle dispose, mais par *l'usage* de ses outils. Or, « notre civilisation est fascinée par ses outils ».

S'il en est ainsi, c'est que nous justifions nos choix de société en donnant une priorité injustifiée à l'économie : nous plaçons l'économie au-dessus de toute autre considération, au détriment du social et du culturel. Et en vertu de cet économisme, nous avons donné tout le pouvoir décisionnel aux « *marchands* ».

Le terme « *marchands* » désigne, littéralement, les maîtres du marché : ceux qui ne s'inquiètent pas de la sécurité de leur produit, mais plutôt de la création d'un marché solvable pour ce produit ; ceux qui, avec l'aide de la publicité, de journalistes trop complaisants et de nombreux autres moyens, s'assurent que leur produit, utile ou non, devienne rentable ; ceux qui règnent sur les entreprises de presse en ne pensant qu'aux tarifs publicitaires. Dans ce contexte, le marché devient l'arbitre suprême de l'utilisation de notre culture.

Toutes ces considérations alimentent une inquiétude fondée. Et pourtant, l'espoir conserve ses droits. Car « l'homme est libre de faire ses propres choix et de déterminer son destin ». Il ne faut pas s'incliner, « il n'y a pas de fatalité dans cette médiocrité ». ■

Caroline Jarry

LE PROCHAIN MAIRE DE QUÉBEC ?

à Montréal, Sa Majesté Jean Drapeau n'a pas su préparer une succession profitable à son parti. À Québec, après douze ans de règne, Jean Pelletier pourrait assurer le maintien de son parti au pouvoir lors des élections de novembre prochain. Il pourrait se retirer ce printemps et coopter un dauphin, comme l'a fait à son profit, en 1977, son prédécesseur Gilles Lamontagne.

Il est vrai que celui que la rumeur médiatique désigne comme principal candidat pour assurer cette continuité, Jean-François Bertrand, n'est pas membre du Progrès civique, parti et club privé de M. Pelletier. Par contre, l'ex-ministre péquiste est connu pour être un politicien sans aspérité, capable de représenter aussi bien un parti traditionnel au pouvoir qu'un parti traditionnel dans l'opposition. Les sondages qu'il a lui-même commandités, en juin et en janvier derniers, le proclament d'ailleurs grand gagnant d'une éventuelle lutte à trois, ou à deux, et même d'un affrontement avec Jean Pelletier.

Jean-François Bertrand affiche non seulement une expérience politicienne, mais aussi une très bonne connaissance du monde des médias. Depuis plus de deux ans, il anime une ligne ouverte quotidienne dans un poste de radio de la Capitale. Avant de se lancer dans la politique, en 1976, et de suivre ainsi les traces de son père (Jean-Jacques), ancien premier ministre sous l'étiquette de l'Union nationale, avant aussi de devenir ministre des Communications sous le gouvernement Lévesque, il avait été professeur en communications à l'Université Laval. Il saurait donc traiter avec les médias et soigner les images publiques, celle de sa ville et la sienne propre.

Mais on ne sait pas ce que M. Pelletier pense de M. Bertrand. On ne sait pas, par exemple, s'il rend l'ex-ministre responsable de « l'indifférence » – selon l'expression du journaliste Laurent Laplante – dont le régime péquiste aurait fait preuve envers la Capitale. On sait seulement que le maire Jean est plus ombrageux et plus autocratique, en coulisses, qu'il ne paraît en public. Ce qui n'est pas peu dire. On soupçonne, d'autre part, que le politicien Jean Pelletier n'est pas prêt à se retirer de la vie publique.

Par contre, sondages, déclarations et grenouillages divers ont fait savoir avec persistance que Jean-François Bertrand est de plus en plus intéressé à la mairie de Québec et qu'il a songé sérieusement à se construire son propre parti-porteur pour y parvenir. Mais Jean Pelletier reste un adversaire coriace. M. Bertrand se souvient sans doute de la bataille meurtrière que le Rassemblement populaire (RP), l'opposition officielle à l'hôtel de ville, avait livrée en 1977 contre un tiers parti, le Parti municipal, parachuté sur la scène par la machine péquiste régionale influencée par quelques députés, dont lui-même. C'est d'ailleurs cet incident qui explique, mieux que tout le reste, qu'il ne peut pas songer sérieusement à devenir le candidat du RP à la mairie. Ainsi, la meilleure possibilité pour lui, c'est le départ de Jean Pelletier.

Tandis que pour le Rassemblement populaire, il apparaît préférable que le maire Jean s'accroche au pouvoir. Non seulement parce que Jean-François Bertrand, à la tête du

Progrès civique ou d'un tiers parti, risque fort de l'emporter. Mais surtout parce que la conjoncture est mauvaise pour le projet de changements significatifs que porte ce parti et dont l'image lui colle à la peau : 1) rendre l'administration municipale plus sensible aux dégâts des « développements » auxquels elle prête la main ; 2) instaurer des mécanismes formels de participation et de démocratie ; 3) renforcer la convivialité de voisinage et humaniser l'environnement urbain.

Le Rassemblement populaire, né en 1977, s'est en effet appuyé dès le départ sur un réseau de groupes et d'organisations populaires qui animaient, depuis une dizaine d'années déjà, le centre-ville de Québec, la zone la plus dévastée par la modernisation à l'américaine : gratte-ciel, hôtels et autoroutes.

Mais au tournant des années 80, le réseau de l'animation sociale a plafonné, puis commencé à se ratatiner. Le désarroi qui a suivi l'échec référendaire, puis la panique provoquée par la crise économique ont relancé la mentalité du développement quel qu'en soit le prix social et culturel. À Québec, depuis deux ans, cela veut dire une flambée de projets pour affairistes : « La Grande Place » à la Basse-Ville (deux tours à bureaux de 25 étages et deux hôtels de 15 étages) ; « L'Îlot St-Patrick » : (430 condos et unités de logement de luxe, un immeuble à bureaux de neuf étages et un stationnement intérieur de 700 places) ; le projet de la firme *Bâtir*, qui propose de construire un hôtel et un édifice à bureaux, après avoir démoli l'église et le patro Saint-Vincent-de-Paul de la côte d'Abraham...

En même temps, certaines tendances pèsent de plus en plus lourdement sur la réalité sociale de la ville. Québec est une ville de services, qui fournit de l'emploi à 50 % des travailleurs de la région, alors qu'elle ne compte que 35 % de sa population. La population baisse constamment : de 165 968 habitants à 164 580, entre 1981 et 1986. Le vieillissement va croissant : entre 1981 et 1986, le nombre de citoyens âgés de 65 ans et plus a augmenté de 17 % à l'échelle de la Communauté urbaine de Québec (CUQ) et davantage encore dans la Ville de Québec. Le nombre de personnes vivant seules a augmenté de 21 %. La stabilité du secteur industriel, depuis 20 ans, est désespérante. S'il y a présence reconfortante de la fonction publique, elle a un peu été dégraissée au cours des dernières années, au profit de Montréal et des autres villes de la CUQ.

Tout cela produit un environnement moral bien terne et peu propice au changement, autre que cosmétique. Malgré cela, au niveau proprement politique, depuis les élections générales de 1985 alors que le RP avait plafonné à environ 40 % du vote, il s'est produit quelque chose d'encourageant pour ce parti. Lors d'une élection partielle en janvier 1987, il a fait élire une conseillère, Mme Françoise Viger, dans un district du quartier Limoilou. En novembre dernier, il a enregistré un gain de 20 % lors d'une autre partielle dans le même quartier. Ces résultats sont prometteurs parce qu'ils laissent croire que le RP est en train de faire jonction avec cette zone de la ville habitée par des gens de condition modeste et réputés de mentalité traditionnelle.

En 1985, le Rassemblement populaire avait atteint le point le plus bas de son enracinement populaire. Dans la Basse Ville, d'une part, l'ancienne population ouvrière avait presque totalement déménagé, par suite des rénovations et autres démolitions, et n'avait été que partiellement remplacée par une population plus pauvre et inorganisée de chambreurs et d'assistés sociaux. D'autre part, s'est rompue, peu après l'élection, la coïncidence d'intérêts réalisée lors des élections de 1981, à cause d'une augmentation brutale de taxes, avec le quartier de bungalows de la zone annexée au Nord-Ouest (Les Saules, Neufchâtel, etc.). Deux des trois conseillers élus dans cette zone sous la bannière du RP ont alors quitté ce parti pour siéger à titre d'indépendants.

Les « petits bourgeois instruits » qui constituent l'épine dorsale du Rassemblement et qui sont concentrés dans deux ou trois pâtés de coopératives à la Basse Ville, dans Saint-

Jean-Baptiste et dans le coin de la rue Cartier, se sont trouvés dangereusement isolés. Par Limoilou, ils ont recommencé à prendre pied dans le milieu populaire. Mais le lien est encore fragile.

Pourtant, c'est fort probablement sur ce genre de point d'appui modeste que le Rassemblement sera forcé de se replier, au lendemain de l'élection de novembre prochain. Car si on en croit les sondages Bertrand, le candidat à la mairie que le RP s'est choisi cet automne, Jean-Paul L'Allier, un ancien ministre libéral, sera carrément écrasé par Jean-François Bertrand ou, au mieux, solidement battu par Jean Pelletier.

Une histoire à suivre ! ■

Francois Demers
Université Laval

Will James

L'AMÉRICANITÉ DES QUÉBÉCOIS

heureusement, les cinéastes québécois n'avaient pas attendu la conclusion du traité de libre-échange avec les USA pour questionner son impact sur l'ensemble des industries culturelles, surtout sur le cinéma. La dimension économique (contrôle de l'exploitation et de la distribution par les *majors*, étranglement de l'industrie locale) a déjà été largement discutée dans la presse en général. La problématique culturelle qui en surgit commence aussi à être abordée. C'est ainsi que le thème de l'américanité a fourni, depuis deux ans, les sujets d'une série de films (encore inachevée) à l'Office national du film, série dans laquelle chaque cinéaste engagé dans le projet rassemble et analyse à sa façon les signes illustrant ce concept large et flou.

Cinq films dessinent déjà un coin de la mosaïque. Avec *La Poursuite du bonheur*, Micheline Lanctôt s'en prend à la frénésie de consommation et fait du poulet éborgné pour le *fast-food* son symbole essentiel. Herménégilde Chiasson se demande, de son côté, si *Le grand Jack* (Kirouac) et son « On the Road » n'auraient pas, il y a trente ans, préfiguré la symbiose en devenir. Mettant en état de découverte le chansonnier Jacques Douai, Jean-Daniel Lafond (*Le voyage au bout de la route ou La ballade du pays qui attend*) retrouve sa naïveté de Français et découvre une Amérique inhabituelle en descendant la route 138, de l'Île d'Orléans à Havre-Saint-Pierre, de la chanson de Félix Leclerc à la poésie naïve de Roland Jomphe. Jean Chabot, avec *Voyage en Amérique sur un cheval emprunté* franchit bien timidement la frontière et tente de réinterpréter quelques souvenirs d'enfance.

Ce dernier titre aurait très bien convenu au *Alias Will James* de Jacques Godbout, un documentaire sur Ernest Dufault, Québécois qui devint, dans les années 30 et sous le nom de Will James, un romancier célèbre pour ses oeuvres westerns et qui fut aussi un dessinateur animalier remarquable. Ce film m'apparaît le plus intéressant de la série à plus d'un titre. D'abord parce que c'est celui qui, cinématographiquement, s'est donné la forme la plus achevée. Mais surtout, il pousse la réflexion plus loin que tous les autres, en décortiquant le mythe américain le plus profond.

Le western a fourni le mythe par excellence de l'Amérique. Avant que le cinéma ne vienne, par ses images, leur ajouter un « air d'authenticité que seul le mensonge peut fonder » (selon le joli mot de Godbout), un ensemble de récits (romans, nouvelles et feuilletons), empruntant autant aux contes qu'aux faits historiques, proposaient déjà toute une série de mythes de fondation depuis près d'un demi-siècle et avaient conditionné le public à y voir son histoire. En 1915, *Birth of a Nation* de D.W. Griffith offrait les personnages et les symboles emblématiques que des milliers de westerns vont reprendre pendant 60 ans et que la télévision montre encore massivement.

Par ailleurs si les cowboys et rangers sont disparus des plateaux de tournage, leurs avatars subsistent dans une grande partie des personnages les plus populaires du cinéma actuel (les Rambo, Indiana Jones, Rocky, guerriers des étoiles, etc., qui n'ont de force et d'âme qu'en s'identifiant aux pionniers et en réactualisant le mythe). Variant sa géographie et ses circonstances, la grande lutte de la civilisation contre la barbarie se poursuit... Peut-on voir autre chose qu'un avatar du même phénomène dans la chanson western qui conserve, pour un très large public, une popularité constante ? En ce sens, le film consacré par Serge Giguère à *Oscar Thiffault* et son célèbre *Rapide blanc* témoigne de la même réalité et pourrait prendre place dans cette série.

Dans *Alias Will James*, Godbout souligne que l'américanité d'Ernest Dufault n'est vécue qu'au niveau du mythe. Ne serait-ce pas la même chose pour celle de l'ensemble des Québécois ? Et même pour celle des Américains ? Car il y a toute une distance entre ces mythes et l'histoire réelle de l'Amérique, facilement mesurable pour peu que l'on étudie l'histoire. Quand le président Reagan a dit de John Wayne qu'il fut « ce que tout Américain devrait être », il évoquait bien plus les personnages westerniens de Wayne que sa personne, laquelle en était d'ailleurs venue à s'identifier aux rôles. Reagan lui-même ne blaguait-il pas sur son « rôle » de président ? Et n'est-il pas évident que son seul atout fut son charisme médiatique ?

Cette américanité mythique propose essentiellement quelques grandes valeurs : force et courage des pionniers et fondateurs de la nation, respect de la nature, amour des animaux et particulièrement des chevaux (symboles de la force conquérante et de la liberté), désir de ne jamais s'arrêter et de toujours aller voir l'autre côté de la montagne.

Dans tous les films précités, le thème de la route et du voyage prend le plus de place et devient le symbole-clé. Si les personnages se déplacent moins pour aller découvrir de nouveaux milieux que pour « changer le mal de place » ou « aller voir ailleurs s'ils y sont », c'est toutefois dans le geste

de faire de la route qu'ils se découvrent américains, geste qui est moins initiatique que but en soi, car il devient prise de possession du territoire, au moins par l'imaginaire. Au fond, notre américanité n'est peut-être que notre espoir de revivre l'expérience des découvreurs, devant qui s'offraient tout un territoire à explorer et une vie nouvelle à inventer. ■

(*Alias Will James* doit être diffusé par Radio-Canada au début d'avril.)

Yves Lever

Elle aura bientôt 30 ans...

LA RÉVOLUTION TRANQUILLE

Elle aura bientôt 30 ans, la Révolution tranquille. Et, social oblige, elle n'aura épargné personne. N'en sommes-nous pas tout à la fois ses producteurs et ses produits ? En traversant le tissu de nos institutions, nos mouvements, nos croyances, ne nous a-t-elle pas, individuellement, dans notre for intérieur, façonnés autrement ?

Contemporaine des grands mouvements de décolonisation et d'émancipation, annoncée par les multiples conflits sociaux qui déferlent sur la société québécoise d'après-guerre, la Révolution tranquille est venue bouleverser tout à la fois nos champs d'interventions économiques et sociales, nos traditions, nos valeurs, nos références culturelles, nos rapports au monde et à nous-mêmes. Encore aujourd'hui, elle demeure incontournable pour comprendre ce que nous sommes devenus, comme individus et comme société.

Certains l'auront davantage rêvée, pensée, ou mise en oeuvre ; d'autres l'auront redoutée, analysée, subie... mais chose certaine, ce qu'elle a fait de nous et ce que nous avons fait de nous-mêmes à travers elle mérite que nous prenions le temps d'y réfléchir.

C'est pourquoi l'équipe du Centre justice et foi et de la revue *Relations* a fait de la Révolution tranquille le thème central de sa prochaine session d'été. Nous voulons faire de cet événement un moment privilégié pour poser un regard sur la société québécoise des années 60 à aujourd'hui, scruter ses institutions, ses mouvements, interpellier nos visions du monde, témoigner de nos trajectoires personnelles et collectives. Bref, un regard qui veut saisir à la fois nos rapports au monde, aux autres, à l'autre et à l'Autre.

Une formule simple : une session, quatre axes, quatre questions, quatre soirées.

• QUATRE AXES, couvrant quatre lieux de reproduction et d'élaboration de pratiques sociales fort diversifiées. Des thèmes qui traduisent le souci d'une approche large, variée, mais également celui de cerner plus systématiquement certains sujets.

- L'Âme : du catholicisme dominant à la production de nouveaux dieux.
- L'Héritage : de la soumission au devoir au règne du plaisir.
- La Cité : des luttes collectives à l'affirmation du Sujet.
- Le Pays : du beau rêve d'un État québécois émancipateur à la gestion difficile d'une société incertaine.

• QUATRE QUESTIONS, tissant en quelque sorte l'unité de notre démarche. Des questions qui, à travers chacun des axes proposés, seront posées tant aux personnes ressources qu'aux participantes et participants de notre rencontre.

- Dans nos institutions, nos mouvements, comment fut vécu le choc de la Révolution tranquille ?
- De quelle manière nos visions du monde, nos projets collectifs ont-ils été transformés ?
- Quel fut l'effet de la Révolution tranquille sur nos perceptions de soi, nos valeurs individuelles, nos morales personnelles ?
- Que sont nos rêves devenus et quels sont ceux que nous voyons déjà poindre à l'horizon des possibles ?

• QUATRE SOIRÉES, les 21, 22, 23 et 24 août prochain, à Montréal. Voilà l'occasion de poser un regard sur les 30 dernières années, non seulement afin de percevoir des changements de société mais aussi et peut-être tout autant afin de percevoir des changements dans nos propres vies.

Présentations, témoignages, panels, débats constitueront les temps forts de ces rencontres. Pour celles et ceux qui aiment réfléchir, se réfléchir à travers des questions de société, à travers leur engagement dans la cité, c'est un rendez-vous. ■

Marc Lesage et Francine Tardif
Responsables de la session d'été 1989

Pour plus d'information : Centre Justice et foi, Francine Tardif, 25 ouest, rue Jarry, Montréal, Qc H2P 1S6 - (514) 387-2541

DOSSIER

médecine et société

Paul Hamel



MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

par Francine Tardif

dur combat que la maladie. Difficile pratique que la médecine. Délicats enjeux que nos politiques de santé. Dans ce numéro¹, nous interrogeons notre société à travers la pratique médicale. Car la médecine, plus qu'aucune autre profession, impose, simultanément à ses ordonnances, un ordre social certain².

Le malade imaginaire l'a déjà bien compris : c'est à la médecine de nommer, et ce faisant de légitimer, les souffrances. C'est là un pouvoir considérable qui mériterait qu'on s'y arrête davantage.

Ordre de discours, la médecine est aussi intimement associée à l'extension du pouvoir de l'État dans nos vies. Sécurité au travail, aptitude au travail, comportements sexuels, avortements, autant de domaines où la parole du médecin contribue à imposer l'autorité de l'État. Même dans ce dossier, cette fonction de contrôle reste trop peu soulignée³.

Vers un nouvel équilibre

Depuis une vingtaine d'années, comme bien d'autres domaines, mais plus rapidement et plus profondément peut-être, la pratique médicale est secouée par d'importantes vagues de

contestation, à l'intérieur comme à l'extérieur de ses rangs. Après bien des désillusions quant à la portée des progrès médicaux, après de nombreuses percées technologiques, après une montée fulgurante des « médecines douces », après les critiques acerbes contre la surmédicalisation, la médecine traditionnelle et les Facultés de médecine restent à la recherche d'un nouvel équilibre. D'où la pertinence des réflexions d'Yvon Gauthier, qui permettent de baliser la route vers l'élaboration d'un nouveau « contrat social » entre médecins et patients.

De même, l'article de Gilles Dussault permet de mieux saisir la portée réelle des choix de société que constituent nos politiques de santé. Même sans connaître encore les orientations privilégiées par la ministre de la Santé, à la suite de la Commission Rochon, il faut espérer que le mot « politique » ait été retenu dans le sens classique, à savoir, un exercice de conciliation d'intérêts divergents dans la recherche du plus grand intérêt de tous.

Malgré (ou peut-être à cause de...) ces bouleversements, c'est par la médecine que les jeunes femmes ont d'abord fait leur entrée dans les bastions professionnels masculins. Leur arrivée massive a déjà commencé à changer non seulement les règles du jeu, mais le jeu lui-même. Non sans mal et non sans ambiguïté, comme le souligne très justement l'article de Denise Couture.

Des personnes !

Aujourd'hui, les ressources scientifiques de la médecine permettent de diagnostiquer, avec une précision croissante, la maladie réputée toujours semblable à elle-même. Pourtant, c'est un malade que le médecin doit soigner. Entre la maladie et le malade, il y a ce noeud complexe, et toujours différent, de sentiments, de peurs, de faiblesses et de forces que constitue la personne.

On l'oublie parfois mais ce sont des médecins, en chair et en os, qui, quotidiennement, doivent faire face à des situations limite. Dans son remarquable exposé où un médecin s'adresse à ses collègues, Balfour Mount dévoile avec honnêteté les difficultés inhérentes à l'exercice actuel de la médecine. Comme il nous le rappelle, dans le secret des cabinets du médecin nous livrons bien plus que les défaillances de nos corps. Plus qu'ailleurs, c'est là que nous voulons concilier l'inconciliable : l'art de soigner et la technologie la plus sophistiquée, les soucis de rentabilité et l'attention aux personnes, notre soif de vivre et le fait inéluctable de la mort. ■

1. Merci à la journaliste Carole Graveline qui nous a aidés à préparer ce dossier et dont on retrouve certaines réflexions dans le présent texte.
2. Voir à ce sujet *L'ordre médical* de Jean Clavreul (Seuil, 1978).
3. Lire à ce sujet *The social Transformation of American Medicine* de Paul Starr (Basic Books, 1982).

LA MÉDECINE MODERNE

par Yvon Gauthier, M.D.

Doyen de la Faculté de médecine, Université de Montréal

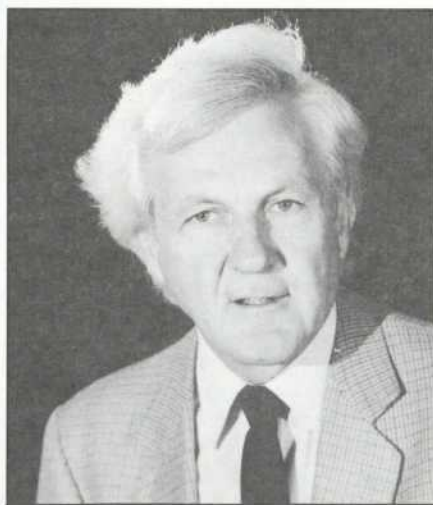
au cours des dernières décennies, la médecine que nous vivons a subi de profondes transformations. L'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé se sont développées au Canada sous le signe de l'accessibilité pour l'ensemble de la population et nous ont donné un système coûteux, mais qu'il est bien difficile de réduire de quelque façon. En même temps, et graduellement, sont apparues dans la plupart des secteurs de la médecine, des technologies sophistiquées qui apportent au diagnostic et à la thérapeutique une aide que nous pouvions difficilement imaginer dans toutes nos prévisions futuristes. Ici aussi les coûts sont importants et, devant la demande insistante des équipes médicales, les pouvoirs publics s'inquiètent. Ils se demandent à la fois comment répondre aux besoins et comment les contrôler ; dans un monde où le pouvoir des médecins pouvait jusqu'ici s'exprimer en toute liberté, ils deviennent de plus en plus interventionnistes.

Par ailleurs, plusieurs phénomènes nouveaux apparaissent. On assiste à une véritable prolifération des médecines dites douces, ce qui est peut-être la réponse de la population à une médecine où les technologies occupent une place si importante. On observe aussi que la profession médicale, à très grande majorité masculine jusqu'à tout récemment, donne plus de place aux femmes ; leur admission dans les facultés de médecine en nombre majoritaire annonce une féminisation importante de la profession à brève échéance.

J'aimerais développer brièvement chacun de ces thèmes : les contrôles étatiques sur la médecine, les technologies face aux « médecines douces » et la féminisation de la profession médicale. Ces trois thèmes sont étroitement reliés.

L'intervention des pouvoirs publics

Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) doit veiller à la santé et s'assurer de services de qualité pour l'ensemble de la population du Québec. Deux grands problèmes ont beaucoup contribué aux interventions de plus en plus nombreuses du Minis-



Dr Yvon Gauthier

tère dans le milieu : la montée très rapide des coûts de la santé et une mauvaise distribution des effectifs médicaux, surtout spécialisés, à travers le Québec.

Parmi les mesures mises en place pour contrôler les coûts, certaines ont touché directement les facultés de médecine. Les études semblent démontrer que l'augmentation des coûts va de pair avec l'augmentation du nombre de médecins. Cette coïncidence donne

à certains l'impression que les médecins répondraient davantage à leurs propres besoins qu'aux besoins de la population, ce qui n'est aucunement évident. Le Ministère a donc décrété une diminution de 15 % des admissions en médecine, baisse qui est apparue aux Facultés comme acceptable en fonction d'un ratio population/médecins au Québec se comparant avantageusement à ceux des pays industrialisés.

Une politique de contingentement serré des admissions en spécialités a suscité des réactions beaucoup plus vives des Facultés, puisqu'en plus d'avoir des effets négatifs sur tout le fonctionnement des hôpitaux universitaires, où les médecins résidents jouent un rôle important, cette mesure semblait devoir très probablement conduire à des pénuries importantes dans plusieurs spécialités. C'est le phénomène auquel, de fait, nous assistons de plus en plus et qui a obligé le gouvernement à faire marche arrière et à décréter une augmentation des entrées en spécialités, dès l'année 1989-90, pour rattraper le temps perdu.

La maldistribution territoriale des médecins, surtout des spécialistes, est un phénomène qui se retrouve à peu près partout au Canada et qui est beaucoup lié à la grandeur du pays et à l'éloignement des populations. Les études faites au niveau du Ministère, au cours des dernières années, ont révélé une concentration des spécialistes particulièrement grande dans la région métropolitaine, comparée aux autres régions. Mais ces études étaient fondées sur la consommation des soins par région et non sur les besoins réels de la population. Ces travaux ont conduit à une entente, négociée dans des conditions très difficiles, entre le MSSS, les CHU (Centres hospitaliers univer-

sitaires) et les Facultés de médecine : on s'est entendu pour limiter les affectations de nouveaux spécialistes dans la région de Montréal à 100 par année (dont 70 dans les hôpitaux affiliés aux deux facultés). Inévitablement, une telle mesure va forcer les jeunes spécialistes à s'installer à l'extérieur de Montréal et aura un effet important sur les hôpitaux universitaires et le renouvellement du corps professoral oeuvrant dans les CHU, dont une caractéristique importante est justement le vieillissement.

Il est clair que, de plus en plus, le gouvernement utilise son pouvoir décisionnel pour influencer l'accessibilité des soins médicaux à l'ensemble de la population. Cet objectif est important et tous sont d'accord pour trouver, avec les autorités, les moyens de le réaliser. Le Ministère, cependant, est très peu sensible aux objectifs des Facultés de médecine qui sont d'abord de former un personnel hautement compétent, ce qui implique un enseignement et une recherche de très haut calibre. Or, en médecine, ces derniers objectifs ne peuvent être atteints que par une étroite collaboration avec les centres hospitaliers universitaires où se déroule l'essentiel de la formation clinique, dans le contact quotidien avec les patients.

Il n'y a pas contradiction entre cet objectif d'excellence dans la formation et l'accessibilité aux soins : éventuellement, cet enseignement de qualité permet la diffusion d'une médecine de qualité à travers tout le territoire. Mais pour y arriver, les Facultés doivent continuer d'avoir la possibilité de renouveler constamment leur corps professoral par le recrutement des meilleurs éléments en formation. Et seule une étroite collaboration entre le ministère de l'Enseignement supérieur et celui de la Santé permettra d'éviter que l'objectif d'accessibilité aux soins l'emporte au détriment des objectifs universitaires.

Les technologies et les médecines douces

Le développement et l'utilisation quotidienne de technologies sophistiquées constitue une des caractéristiques essentielles de la médecine moderne dans toutes ses disciplines, depuis l'obstétrique même « normale » jusqu'aux transplantations d'organes. Il est difficile d'imaginer un séjour à l'hôpital sans que l'une ou l'autre de ces technologies soit utilisée, une ou plusieurs fois. Les résultats aussi bien diagnostiques que thérapeutiques sont

évidents, parfois dramatiques.

L'importance du rôle que jouent les technologies dans le quotidien médical est cependant très exagérée par la place que les médias d'information leur accordent. On pourrait en effet avoir facilement l'impression que la médecine se résume aux transplantations d'organes et à la fécondation *in vitro*, à en juger par l'importance accordée à ces événements par les médias, phénomène auquel les équipes médicales se prêtent d'ailleurs de bon cœur, pour des raisons variées (prestige, compétition, financement accru...) et qui répond sans doute aussi au désir des spectateurs.

Il y a pourtant une autre réalité de la médecine moderne. La très grande majorité des soins se donnent en cabinet privé ou en clinique externe, par des médecins généralistes qui travaillent seuls ou en équipes, et avec des instruments modestes. Ils doivent évidemment souvent référer leur patient au spécialiste, et c'est celui-ci qui doit décider de faire appel à des technologies sophistiquées. La qualité des soins est fondée sur cette possibilité de liens étroits entre soins primaires et soins spécialisés, plus organisés autour des hautes technologies. Tous les indices nous démontrent que cette intégration entre soins primaires et soins spécialisés fonctionne bien dans notre société et que, de façon générale, la très grande majorité des patients reçoivent des soins de bonne qualité.

Comment expliquer alors la montée du phénomène des « médecines douces » ? La Commission Rochon parle de 7000 personnes oeuvrant dans plus de 40 formes de thérapies. Les plus répandues sont l'acupuncture, la chiropractie, l'homéopathie, la « naturopathie »... auxquelles il faut sans doute ajouter toutes les formes de « thérapies psychiques », globalisantes ou régressives (« cri primal »), collectives ou individuelles, dont les résultats sont difficiles à évaluer.

Ces diverses thérapies répondent sans doute à des besoins spécifiques que la médecine moderne ne semble pas satisfaire. Elles n'ont pourtant que très peu de bases scientifiques. Leurs fondements sont le plus souvent historiques et le fruit de coutumes qui remontent à des périodes où la recherche n'existait pas – ou à peine. Pourtant, ces méthodes prolifèrent et réussissent à vivre, malgré les frais qu'elles imposent au patient, frais qui ne sont jamais remboursés par la Régie d'assurance-maladie.

Peut-être est-ce avec raison qu'on les nomme « médecines douces » et

qu'en effet c'est leur « douceur » qui est leur principal élément thérapeutique. Tout malade se sent très impuissant devant le mal qui l'atteint. Il est la proie immédiate de ses fantasmes du pire, il devient rapidement dépendant et prêt à se soumettre complètement à celui qui peut lui redonner autonomie et bien-être. La médecine moderne, technologique et sophistiquée, en se dotant d'instruments qui lui apportent beaucoup de certitude diagnostique et thérapeutique, semble avoir beaucoup perdu ce sur quoi elle se fondait avant l'ère scientifique : la relation patient-médecin, qui était souvent le seul instrument thérapeutique réel qu'elle possédait. Trop de médecins, maintenant tout centrés sur la qualité du diagnostic à poser et la complexité des technologies à utiliser, oublient souvent qu'ils prennent soin d'un être humain, avec toutes ses émotions, ses deuils et ses colères, souvent frustré dans ses besoins économiques ou sociaux, facteurs qui influencent beaucoup, inévitablement, l'apparition et le déroulement de toutes les maladies qui l'affectent.

Je crois que c'est à ce besoin d'une relation humaine, d'une communication chaleureuse et d'une compréhension de ce que le patient ne peut plus dire, que les « médecines douces » viennent répondre. Pour vraiment « soigner » la population, la médecine devra retrouver cette dimension, au travers d'un savoir hautement scientifique et des technologies sophistiquées.

Lewis Thomas, dans une petite histoire de la médecine que ce grand homme de science publiait en 1983, exprimait ses craintes en ces mots :

« ... La relation rassurante et chaleureuse du médecin, son réconfort et son intérêt, les longues et libres discussions où l'on pouvait parler de tout ... disparaissent de la pratique de la médecine et ceci peut devenir une perte trop lourde aussi bien pour le médecin que pour le patient. Cette relation unique, personnelle et subtile a des racines qui remontent au tout début de l'histoire de la médecine et doit être préservée. Vivre correctement cette relation n'a jamais été facile : il faut être le meilleur des docteurs et le meilleur des amis. Mais une fois cette relation perdue, même pour une période aussi courte qu'une génération, il pourrait être impossible d'essayer de la retrouver. Si j'étais un étudiant en médecine ou un interne, juste sur le point de commencer en pratique, je serais beaucoup plus inquiet au sujet de cet aspect de mon avenir que de n'importe quoi d'autre. Je serais

inquiète de ce que mon travail, avoir soin des malades (caring for sick people), pourrait m'être enlevé, me laissant une tâche bien différente : m'occuper des machines. J'essaierais d'imaginer des moyens d'empêcher que cela n'arrive¹. »

Médecine familiale et féminisation

Peut-on entrevoir une solution à ce dilemme majeur de la médecine moderne ? Deux phénomènes importants de notre société pourraient avoir une influence capitale sur l'évolution des choses : les programmes de médecine familiale et la féminisation de la profession.

La formation au métier de médecin généraliste (médecin de famille) passe maintenant, depuis juillet 1988, par un programme de deux ans (au lieu d'un) sous la responsabilité des départements de médecine familiale des quatre Facultés de médecine du Québec. Les objectifs de formation sont très clairement exprimés : apprendre au futur médecin généraliste la pratique d'une médecine globale, qui tienne compte de tous les éléments en jeu, organiques, psychologiques, familiaux, socio-économiques. Une telle pratique se fonde sur le développement de liens plus étroits entre les patients, les familles et leur médecin et sur une continuité de soins qui apparaît de plus en plus comme un élément essentiel à une médecine de qualité. Ce type de pratique prend nécessairement plus de temps et, jusqu'ici, n'a malheureusement pas été beaucoup valorisé par les tarifs prévus par la Régie d'assurance-maladie.

On peut penser qu'à mesure que de jeunes médecins de famille bien formés à cette médecine globale viendront se joindre aux rangs des généralistes déjà en pratique, la qualité des soins en sera encore plus grande, et la médecine pourra encore mieux répondre qu'elle ne le fait présentement aux besoins globaux du patient.

1. Lewis Thomas, *The Youngest Science*, Viking Press, 1983, p. 59 (traduction).
2. Il s'agit des travaux de Brigitte Maheux et coll., faits au Département de médecine sociale et préventive, en relation avec le Groupe interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.



Il faut être le meilleur des docteurs et le meilleur des amis.

Paul Hamel

D'autre part, il faut se rendre compte que nous sommes à l'aube d'un autre changement capital : la féminisation de la profession médicale. Ce phénomène est important aux États-Unis, il l'est aussi au Canada et particulièrement au Québec. Il est dû à une augmentation rapide du nombre d'applications des femmes dans les facultés de médecine, surtout au Québec. Par exemple, depuis 1985, l'Université de Montréal a admis plus de femmes que d'hommes en 1ère année, de sorte que le nombre total d'étudiants en 1987-88 se répartit ainsi : 373 masculins, 510 féminins.

Il est difficile de prévoir avec précision si cette augmentation considérable du nombre de femmes médecins aura une influence significative sur la pratique médicale. Cependant, des travaux récents² nous donnent quelques indications en étroite relation avec certaines caractéristiques de notre système de santé. En effet, une plus grande proportion de femmes que d'hommes généralistes travaillent en CLSC (22 % contre 4 %). Elles sont moins engagées à l'hôpital, dans les services d'urgence et les soins à domicile. Elles ont plutôt tendance à travailler en bureau privé et surtout en milieu urbain.

D'autres travaux démontrent aussi que leurs attitudes face à la composante

sociale et multidisciplinaire des services de santé sont plus positives que celles de leurs confrères. Et elles semblent plus engagées que ceux-ci dans les aspects sociaux et préventifs des soins.

Ces travaux récents corroborent des recherches plus anciennes qui démontreraient que les femmes-médecins étaient moins intéressées au « pouvoir » à l'intérieur de la médecine et qu'elles étaient plus préoccupées par l'humanisation des soins, attitudes qui avaient déjà été observées au cours de leurs études médicales. Par contre, il est toujours possible – et on le voit souvent – que les femmes qui s'engagent dans une profession jusque-là réservée aux hommes aient tendance à s'identifier inconsciemment aux valeurs que les hommes ont développées et à se comporter comme eux.

Mais il est aussi très possible que la présence des femmes en médecine ait des répercussions imprévues aussi bien dans le choix des spécialités que dans certaines façons d'aborder le malade et sa maladie, ainsi que dans une utilisation spécifique des instruments de la médecine moderne.

Ce serait là un retournement de l'histoire de la médecine, dont l'influence à long terme pourrait être considérable et, sans doute, bénéfique tant pour la profession que pour les malades. ■

LA PARTIE N'EST PAS GAGNÉE

par Denise Couture¹

Département de sociologie, Université de Montréal

à l'expression « féminisation de la médecine », sont associées diverses images et questions qui doivent être rendues explicites dès le départ pour éviter tout malentendu. Les femmes médecins se réfugient, semble-t-il, dans des activités qui seraient la reproduction en médecine du rôle traditionnel de la mère aimante et soignante ; la pédiatrie, la psychiatrie, l'obstétrique, la médecine générale, en sont des exemples. Ou elles s'occupent des « affaires de femmes », comme en dermatologie ou en gynécologie.

Elles n'acceptent pas aussi volontiers que leurs collègues masculins les longues heures de travail rémunéré ou les horaires incommodes, comme ceux des chirurgiens. C'est pourquoi on les retrouverait aussi dans les laboratoires ou en radiologie. Par rapport à leurs collègues, elles paraissent profiter du statut social de médecin sans s'acquiescer aussi vaillamment qu'eux des obligations rattachées à ce statut. Elles risquent en plus de dégrader ce statut privilégié puisqu'elles acceptent de travailler à salaire. Ne retrouve-t-on pas là la peur chronique des femmes devant les responsabilités qu'implique l'idée de « se lancer » en affaires ?

Encore un peu – si l'on pense en termes purement comptables –, on les rendra bientôt responsables de pertes sur les investissements, puisqu'à coûts de formation équivalents, la vie productive d'un homme médecin semble rapporter plus d'actes médicaux que celle

d'une femme médecin². Si une femme médecin vaut un demi-médecin tel que défini par la tradition masculine, ne faudra-t-il pas former de plus en plus de médecins pour assurer à la population québécoise un niveau de soins adéquats ?

Enfin, ô doute fatal, peuvent-elles être aussi compétentes que les hommes si elles consacrent moins de temps qu'eux à leur profession ?

Majoritaires ?

Ces images et questions ne s'expriment peut-être pas de manière aussi crue – nous sommes quand même dans des milieux doués d'une certaine sophistication intellectuelle –, mais elles se dessinent en filigrane derrière quasi toute comparaison entre hommes et femmes médecins. En cela, la médecine ne connaît pas un sort différent de celui de tout bastion masculin que les femmes commencent à prendre d'assaut. Les comparaisons portent simplement sur d'autres objets : seront-elles assez fortes ? Aussi capables de décisions rationnelles ? Les femmes sortent rarement gagnantes de telles comparaisons. Peut-être ne souhaitent-elles pas non plus gagner à un jeu dont les règles ont été fixées par d'autres et pour d'autres.

En effet, on a déjà vu des milieux changer leur conception du travail sous l'influence de la présence des femmes. Il peut même arriver que les hommes s'en portent mieux, car ils ne se sentent plus alors obligés de correspondre à l'idéal de l'être productif auquel seul le type de six pieds, âgé de 27 ans, peut satisfaire. Est-ce pure coïncidence si Augustin Roy, président de la Corporation des médecins du Québec, relie les deux propositions indépendantes suivantes dans une même phrase : « De plus, les médecins améliorent leur qualité de vie en réduisant leur nombre d'heures de travail et la féminisation de la profession s'accélère d'année en année³ ».

Mais qu'en est-il exactement de la vulnérabilité du bastion masculin en médecine ? Rassurons-nous : ce n'est pas demain que nous aurons une chance sur deux de tomber sur une femme lorsque nous prendrons rendez-vous avec un médecin. La proportion

1. Mes remerciements aux nombreuses personnes qui ont accepté de lire ce texte et d'en discuter avec moi. Bien sûr, je garde la seule responsabilité des idées émises dans ce texte.
2. Il est évident qu'une telle mesure de la productivité est restrictive. Une demi-heure passée à expliquer à un patient l'origine de ses malaises et la manière d'en prévenir ou contrôler l'occurrence, peut paraître improductive. Elle peut



Centre hospitalier de Verdun

Résidents et internes de l'année 1987-88 au Centre hospitalier de Verdun.

« La médecine ne connaît pas un sort différent de celui de tout bastion masculin que les femmes commencent à prendre d'assaut. »

des femmes médecins a triplé entre 1972 et 1986⁴. Il faut dire cependant que nous partions d'une proportion de 7 %. En 1986, au Québec, 2829 femmes (20 % des médecins) et 11 244 hommes pratiquaient la médecine. 1616 femmes médecins étaient omnipraticiennes, 767 spécialistes, 446 en voie de devenir spécialistes⁵. Ce qui fait la manchette des journaux, ce n'est pas tant la proportion des femmes médecins que la proportion des étudiantes en médecine. Depuis au moins 84-85, plus de la moitié des étudiants de 1^{ère} année en médecine, dans les facultés de Montréal, Sherbrooke et Laval, sont des étudiantes⁶. (Seule McGill continue à accueillir beaucoup plus d'hommes que de femmes).

Ainsi les femmes font désormais l'ex-

périence du statut de majoritaires dans leur cohorte d'étudiants alors qu'elles feront probablement celle du statut de minoritaires dans leur pratique médicale, jusqu'à l'an 2000 au moins. Cependant, quand on connaît la force de l'esprit de corps créé par l'expérience de socialisation dans une école professionnelle comme celle de médecine, on peut soupçonner que la création de réseaux, au cours des études, et l'apprentissage de l'organisation collective viendront moduler l'expérience de ce statut de minoritaires. En effet, des femmes qui ont étudié ensemble continueront probablement à se fréquenter et partageront leurs expériences de travail rémunéré et domestique, brisant ainsi l'isolement social rattaché à un tel statut.

Les femmes ont donc réussi à se faire admettre en médecine en plus grand nombre que les hommes tout en étant évaluées selon les mêmes critères qu'eux. On pourrait considérer cela comme un acquis et passer à autre chose. Mais non. Une autre image prend sournoisement forme de nos jours, en ce qui concerne ce « succès » relatif. Les critères qui permettent de faire le tri dans le flot des demandes d'admission et par rapport auxquels les jeunes

femmes se classent si bien, sont de plus en plus considérés comme exerçant un effet pervers. Pour réussir selon ces critères, les femmes doivent être, paraît-il, particulièrement obsessionnelles et avoir d'autres caractéristiques qui les éloigneraient du profil idéal de médecin. Notons que si tel est le cas, on ne peut qu'en conclure au caractère sexiste des critères d'admission utilisés jusqu'ici.

Les critères actuels d'admission sont l'objet de nombreuses critiques. Une faculté de médecine peut bien évidemment procéder à une révision de ses critères. Elle cherche ainsi à s'assurer que les personnes possédant les qualités du futur médecin idéal – une image qui peut changer avec le temps – seront choisies. Qu'on songe par ailleurs à une telle révision au moment où les jeunes femmes ont enfin – et sans doute en raison d'efforts considérables de leur part – franchi les portes de l'École de médecine, voilà qui n'est pas anodin. Et il n'est pas nécessaire d'adhérer à une vision du complot mâle contre les femmes pour s'interroger sur la portée des discussions actuelles sur les critères d'admission. Il faudra veiller aux effets qu'elles sont susceptibles de produire.

pendant s'avérer très fructueuse à moyen et long termes.

3. A.P. Contandriopoulos et al., *Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1972 à 1986 et projections pour 1990*. Corporation professionnelle des médecins du Québec, Montréal, avril 1988, p. 3.
4. Op. cit., p. 14.
5. Op. cit., tableau 8, p. 44.
6. Op. cit., tableau 70, p. 107.

Féminiser la profession...

Passons maintenant des études à la pratique de la médecine et voyons comment le corps médical s'adapte au fait qu'un membre sur cinq est une femme. Depuis 1983, il existe un Comité des femmes au sein de la Corporation des médecins du Québec. À première vue, on peut se réjouir du fait que les femmes médecins aient réussi à se faire représenter au sein d'une institution aussi socialement significative que la Corporation. Un lieu visible de solidarité éventuelle est ainsi créé. Les mentalités se transformeront peut-être plus rapidement si on adopte une stratégie de changement des institutions, de l'intérieur plutôt qu'en parallèle.

Cependant, en y réfléchissant davantage, la reconnaissance institutionnelle du fait féminin prend ici une forme qu'on peut questionner. Aurait-on jamais eu l'idée de créer un Comité des hommes au sein de cette Corporation ? Non. La condition masculine n'est pas menaçante, mais elle se sent peut-être menacée. Que l'appartenance à un comité soit déterminée par le sexe et que ceci ne vaille que pour le sexe féminin, constitue sans doute une forme d'apprivoisement du changement tant pour les femmes que pour les hommes. Espérons qu'il s'agit d'une mesure transitoire qui va mener un jour à l'élection d'une femme à la tête de la Corporation ou de son comité d'inspection et que ces élections seront le signe d'un changement important. On ne peut demander à une seule et même génération de faire tous les apprentissages et de supporter le fardeau de tous les efforts.

...ou renforcer son pouvoir ?

Qu'en est-il des activités de ce Comité et quelle analyse peut-on en faire ? Il ne sera ici question que des activités connues du public en général. Ce comité est composé de femmes et il s'occupe de la santé des femmes. Il s'est en effet fait connaître sur la place publique à travers la diffusion d'une étude sur l'humanisation de l'accouchement en milieu hospitalier et d'une étude sur l'hormonothérapie pendant la ménopause. La science est peut-être universelle mais la diffusion de ses lumières semble devoir passer par le particularisme.

Quelles sont ces lumières livrées en conférence de presse ? 1. On peut accéder à l'hôpital sous la supervision d'un médecin et sortir satisfaite d'une expérience qui se déroulera en toute sécurité. 2. La prescription d'hormones par un médecin est la meilleure façon de traiter les malaises de la ménopause. La « vérité » est-elle plus convaincante si elle est transmise aux femmes par des femmes ? Au-delà de leur contenu, ces messages vont dans

le sens d'un renforcement du pouvoir médical sur les femmes, que ce pouvoir porte un pantalon ou une jupe. Ils replacent le médecin au centre de la définition de ce qui est approprié pour la santé des femmes. Et c'est là que le bât blesse.

Le mouvement féministe au Québec a procédé depuis les années 70 à une des critiques les plus virulentes de la conception médicale de la santé des femmes. Sur la base de cette critique, ce mouvement a de plus été en mesure de proposer une conception alternative et de l'actualiser dans des formes différentes de prestation de services. Or, dans leurs résultats (sans spéculer sur les intentions de ses membres, nous insistons sur ce point), les activités du Comité des femmes de la Corporation des médecins viennent lui couper l'herbe sous les pieds.

L'effet – non l'intention – est le suivant. Des femmes médecins, auxquelles on impute spontanément la défense des intérêts des femmes, émettent des « vérités » qui entrent en contradiction avec celles que défend le mouvement féministe. Les femmes médecins deviennent ainsi le fer de lance d'une réappropriation médicale du corps des femmes. La Corporation s'en tire indemne, ayant fait une grande place à une perspective féminine en son sein, une perspective féminine par rapport à laquelle une perspective féministe risque de perdre du même coup en crédibilité et légitimité. La paix sur le front intérieur : les médecins appartenant au mouvement voient leurs possibilités de contestation diminuer encore. La paix sur le front extérieur : les féministes devront se battre avec des femmes médecins si elles veulent continuer la bataille.

Sur la base de ces observations concernant tant la formation que l'organisation collective, il apparaît peu probable que la féminisation encore modeste du corps médical produise des effets révolutionnaires. On respire. D'autant plus que cette féminisation se déroule à un moment où le féminisme est lui-même « essouffé »... ■

7. On ne peut que s'étonner du moyen emprunté ici. Habituellement, la validation de la connaissance scientifique passe par la soumission d'articles à des revues médicales qui se chargent de les faire évaluer par des pairs. La validité des messages transmis dans ce cas-ci ne se définit sans doute pas en fonction de cette sphère de pertinence, mais plutôt en fonction d'une sphère de pertinence à caractère plus politique.



NOUVELLE PARUTION

LE MARIAGE EN QUESTION

Renée B.-Dandurand

En 1960, le mariage religieux unissait encore, et pour la vie, la plupart des couples. Par la suite, nombre de couples ont rompu leur union, retardé leur mariage ou s'en sont écartés carrément. Que s'est-il passé ?

Renée B.-Dandurand analyse l'évolution du mariage dans la société québécoise. Elle examine comment le système matrimonial et les rapports conjugaux dans les maisons se sont modifiés.

190 pages 18,00 \$

INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE SUR LA CULTURE
14, rue Haldimand, Québec (Québec) G1R 4N4

SOIGNER TOUTE LA PERSONNE

par Balfour M. Mount, M.D.

Directeur du Service de soins palliatifs de McGill (Hôpital Royal Victoria, Montréal) et professeur de chirurgie à l'université McGill, le docteur Mount a présenté cette communication dans le cadre du Deuxième Colloque de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, colloque tenu à Montréal en juin 1986 sur le thème « La médecine scientifique est aussi un art ».

Existe-t-il des recettes permettant de bien doser la science médicale et l'art de la médecine ? Bien téméraire qui le laisserait croire. Non, il n'y a ni secret ni formule magique mais, réflexion faite, je vous soumets quand même deux principes qui tiennent au fait que vous et moi, comme nos patientes et nos patients, sommes des « personnes ».

1) Ce n'est que dans la mesure où nous saurons reconnaître et confirmer la personne de notre patient, plutôt que sa maladie, que nous parviendrons à rejoindre ses vrais besoins et à soulager ses souffrances.

2) Ce n'est que dans la mesure où nous laisserons grandir toutes les dimensions de notre propre personne que nous pourrons garantir à long terme notre rendement professionnel et notre équilibre personnel.

Nos patients et leurs plaintes

René Descartes, il y a 300 ans, a proposé de séparer l'esprit et le corps. Le dualisme cartésien remettait à l'Église la sphère spirituelle, non corporelle, pour faire du monde physique le domaine de la science. Cela devait permettre à la science d'échapper au contrôle de l'Église et introduire du même coup, dans notre conception de

l'humain, une séparation entre le médical (ce qui a rapport au corps) et le non médical (tout le reste) !

Or la maladie n'est pas *vécue* par un corps. Deux exemples nous aideront à le voir. Monsieur L., 68 ans, est mort à notre Unité de soins palliatifs. C'était un homme irritable, parfois au point de s'emporter, un patient agité, angoissé, déprimé. Pour bien comprendre ce qu'il souffrait, il ne suffisait pas de parler de carcinome du poumon et de lymphangite diffuse. Pour comprendre son état, il fallait se rendre compte que nous avions là un homme fier, autoritaire, pilote et fils de pilote qui, comme son père avant lui, avait été maître après Dieu sur les eaux majestueuses du Rhin. Cet homme était habitué à commander, à dominer la situation. Et il en était là ! Comprendre monsieur L., c'était aussi reconnaître en lui le produit de 36 années de duel conjugal : un vieux guerrier engagé dans une relation intense d'amour-haine entre deux âmes costaudes et dynamiques – mais comment se séparer d'un ennemi sur qui on a toujours compté ?

Le deuxième cas est celui de Chip D. Il avait 30 ans quand il est mort d'un carcinome de la cellule embryonnaire. Chip, c'était la finesse, l'intelligence, l'intuition. Une personnalité attachante et une vie à la mesure de ce qu'elle annonçait. Champion dans tous les domaines, Chip était la preuve tangible que, même si nous naissons tous égaux, il y en a qui naissent plus égaux

que les autres. Au moment de mourir, au terme d'une période marquée par la ruine, par l'effondrement de la beauté, par l'empiètement inexorable de l'indifférencié sur le raffiné, c'est lui qui m'a dit : « Tu sais, Bal, cette dernière année a été la plus belle de ma vie ».

Ce ne sont pas des corps mais des personnes qui vivent la maladie. Ce ne sont pas des corps mais des personnes qui vivent la souffrance.

Nous avons pour mandat de soulager la souffrance.

Mais pour y arriver, il nous faut comprendre la personne.

Dans un article magistral publié en 1985 dans le *New England Journal of Medicine*, Eric Cassel a bien démontré que la personne comporte plusieurs dimensions.

La personne a une personnalité et un caractère qui changent remarquablement peu à travers son existence.

La personne transporte un passé, le souvenir d'anciens malaises, ou d'odeurs et de sons, elle a des liens de famille, une culture.

La personne joue un rôle, et même généralement plusieurs.

La personne est un être politique.

La personne fait des choses, elle a sa façon d'agir coutumière et elle se révèle à travers son comportement.

La personne a un monde intérieur inconscient.

La personne a un corps et un rapport à ce corps, avec des idées et des sentiments.

La personne a une vie secrète, avec ses peurs, ses désirs, ses espoirs et ses rêves.

La personne s'est construit un avenir : c'est le domaine de l'espérance.

La personne a une dimension transcendante, une vie spirituelle ; c'est-à-dire qu'elle éprouve le besoin d'avoir part à quelque chose de plus grand et de plus durable qu'une vie individuelle.

La souffrance peut impliquer chacun de ces aspects de la personne. Elle est donc toujours en définitive une affaire personnelle et il n'y aura jamais de proportion entre elle et le pronostic d'un observateur objectif.

On a pris l'habitude de situer le concept de personne, comme celui d'esprit, dans le domaine du subjectif, et donc hors de portée de la science. C'est ainsi que nous avons évité de nous intéresser à la souffrance, soit que nous l'ayons tenue pour subjective (c'est-à-dire au fond pas vraiment « réelle »), soit que nous l'ayons réduite exclusivement à la douleur physique. Cassel nous le rappelle, « il n'est pas possible de traiter la souffrance comme quelque chose qui ne concernerait que le corps, sans risquer de porter atteinte à la personne¹ ».

Un nouvel âge de la médecine

Nous sommes sur le point d'entrer dans le troisième âge de la médecine, celui de la médecine de la personne intégrale. Et le plus passionnant, c'est que la science médicale est en train de mettre au jour les processus physiologiques qui nous font comprendre pourquoi il est nécessaire de traiter la personne comme un tout. C'est ainsi que nous savons maintenant que même un phénomène en apparence aussi purement physique que la douleur se module à tous les niveaux du système nerveux. L'impulsion afférente provoque des réactions : dans la moelle épinière, par l'enképhaline de la substance gélatineuse du tronc cérébral ; là où le système réticulaire est déclenché, dans l'hypothalamus ; là où il y a une émission hormonale de la pituitaire, dans l'isocortex ; enfin, là où naît la réaction cognitive. Elle est modulée par la voie descendante sérotoninergique.

Ces découvertes nous aident à comprendre comment des problèmes psychologiques, sociaux ou spirituels peuvent moduler l'expérience de la souffrance. Nous entrevoyons pourquoi le seuil de la douleur diminue réellement (on a plus mal) en contexte de dépres-

sion, de solitude, d'angoisse, de peur et de faible contrôle des autres symptômes ; et pourquoi, au contraire, il s'élève (on a moins mal) quand le patient est rassuré, qu'il peut trouver du sens, goûter le calme et contrôler ses autres symptômes.

Nous commençons aussi à nous expliquer le contraste étonnant entre la souffrance de Chip et celle de monsieur L., et à mesurer combien il importe de considérer la personne comme un tout, si nous voulons comprendre la souffrance... et la soulager.

Plusieurs cliniciens soulignent l'importance capitale d'apprendre à voir, dans le patient, la personne. « Effrayé, mal à l'aise, le patient a surtout besoin de se sentir reconnu comme être humain, au lieu de se voir identifié à une maladie² ». « On peut traiter la maladie de manière tout à fait impersonnelle... mais on ne peut soigner le patient que de manière tout à fait personnelle... pour soigner le malade, le secret, c'est de s'intéresser à lui³ ».

Cette attitude a été illustrée par notre prédécesseur à McGill, le légendaire sir William Osler, dont les assistants avaient coutume de dire : « Si vous voulez voir le patron à son meilleur, regardez-le au chevet d'un pauvre type avec une maladie chronique et incurable ; c'est là qu'il donne tout ce qu'il a⁴ ».

Pourtant, nos hôpitaux, nos bureaux, notre système de santé sont de plus en plus dépersonnalisés⁵. Et c'est malheureusement dans les salles et pour les groupes les plus socioéconomiquement pauvres que la dépersonnalisation est la plus accentuée⁶. Parler, comme nous le faisons, de « dossiers » et de « matériel clinique » trahit notre regard : nous avons tendance à épier chez nos patients l'évolution de la maladie, à en faire des objets et des instruments d'apprentissage bien plus qu'à voir en eux des personnes.

Aux sources de la dépersonnalisation

Les rapports infirmière-patient sont souvent techniques, administratifs et centrés sur la tâche à remplir plutôt que sur la personne, l'infirmière intervenant pratiquement comme gestionnaire de la technologie médicale sous l'autorité du médecin. Dans leur étude, Duff et Hollingshead ont observé que le médecin ne réussit à saisir l'état mental de son patient que dans 11 % des cas, et que

le personnel infirmier arrive encore moins bien à percevoir les états émotifs des malades.

Pourquoi nos hôpitaux génèrent-ils une telle dépersonnalisation ? Ce n'est pas un problème d'indifférence. Cela vient plutôt de ce que nous nous fixons des objectifs professionnels très élevés, objectifs qui, la plupart du temps, n'ont aucune importance pour la personne du patient.

Un autre facteur de dépersonnalisation, c'est la structure de pouvoir dans l'hôpital. Les patients, évidemment, n'ont aucun pouvoir, tandis que, dès leurs stages de formation, les professionnels de la santé apprennent à jouer leur rôle : ils absorbent comme par osmose ce sentiment d'autorité qui les coupe des patients et des membres des autres professions. Il en résulte une disparité qui ne manque pas de se répercuter sur la communication. Comme le remarque le psychiatre suisse Paul Tournier, « quand l'un domine l'autre, il n'y a plus de dialogue parce que l'une des personnes a été éclipsée, son pouvoir d'autodétermination paralysé⁷ ».

Nous contribuons à perpétuer ce climat de dépersonnalisation, mais nous n'en avons pratiquement pas conscience. Pourquoi ? Plusieurs raisons expliquent cette attitude :

- d'abord, les oeillères qu'ont imposées à notre sensibilité des années de conditionnement institutionnel ;
- l'importance que nous accordons à la pathophysiologie et la pression que crée l'explosion de l'information médicale, qui nous pousse à privilégier la recherche, le diagnostic, le prolongement de la vie et la guérison ;
- le prix que nous attachons à la technologie et au savoir, au détriment de l'affectif, du psychosocial et du spirituel ;
- enfin, la tendance que nous avons à surestimer notre propre sensibilité aux besoins des autres.

Et pourtant, jamais les malades n'auront eu plus grand besoin de la sym-

1. Cassel, E. « The Nature of Suffering and the Goals of Medicine », *The New England Journal of Medicine*, 18 mars 1982, vol. 306, p. 639-645.
2. Dunphy, J.E. « Annual Discourse - On Caring for the Patient with Cancer », *New England Journal of Medicine*, 1976, vol. 295, p. 313.
3. Peabody, F.W. « The Care of the Patient », *Journal of the American Medical Association*, 1927, vol. 88, p. 877.
4. Cushing, H. *The Life of Sir William Osler*, Clarendon Press, Oxford, 1925.
5. Mount, B.M. « Caring in Today's Health



Hôpital Royal Victoria

Nous avons pour mandat de soulager la souffrance, mais pour y arriver il nous faut comprendre la personne.

pathie des personnes appelées à les soigner. Car nous vivons à une époque de solitude et d'aliénation : les familles se défont, le chômage n'en finit pas d'augmenter, les personnes âgées vivent le désarroi d'être « déplacées », tant d'autres problèmes sociaux s'aggravent. Nous vivons, en réalité, sous le coup de l'ultime menace que représentent les armes nucléaires : la menace de l'absurde. Une mort obscure provoquée par une arme inimaginable. Nous sommes de bien frêles roseaux sur une planète en phase terminale !

« Le XVIIe siècle, notait Camus, fut le siècle des mathématiques, le XVIIIe

celui des sciences physiques et le XIXe celui de la biologie. Notre XXe siècle est le siècle de la peur⁸ ».

C'est seulement dans la mesure où nous saurons reconnaître et confirmer la personne de notre patient, plutôt que sa maladie, que nous parviendrons à rejoindre ses vrais besoins et à soulager ses souffrances.

Médecins à vos risques

Venons-en maintenant au second principe. Nous ne serons à la hauteur, dans les soins que nous donnons aussi bien que dans notre vie personnelle, que si nous laissons grandir toutes les dimensions de notre propre personne. Prenons conscience des risques élevés que nous courons aujourd'hui, comme médecins.

Vue de l'extérieur, la profession médicale promet beaucoup de satisfactions. Elle paie bien ; elle est gratifiante pour le moi ; il est rare que nous nous retrouvions au chômage et nous avons pas mal réussi à nous garantir de l'in-

flation. C'est vrai, mais ce n'est que de l'intérieur que l'on fait l'expérience du stress qui est le lot du médecin traitant. Faute de pouvoir gérer le stress, combien d'entre nous vont gonfler les statistiques de la dépression, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, des mariages moribonds, des divorces et des suicides⁹ ?

Le personnel soignant « se brûle », comme on dit, il risque le *burn-out*. La personne en état de *burn-out* vit toute une transformation, elle passe du souci de l'autre à l'apathie, de l'engagement à la prise de distance, de l'ouverture au repli sur la défensive, de la confiance à la suspicion, de l'enthousiasme au désenchantement, voire au cynisme, de l'estime de soi à la dévalorisation de soi-même.

Le psychiatre Merv Vincent, directeur du sanatorium Homewood de Guelph (Ontario), rapportait, après 22 ans de pratique dans cet hôpital, que pas moins de 300 médecins y avaient été admis pour recevoir des traitements psychiatriques. Et il ne s'agit là que d'un seul hôpital.

Care System », *Canadian Medical Association Journal*, 1978, vol. 119, p. 303.
 6. Duff, R.S. et A.B. Hollingshead, *Sickness and Society*, Harper, New York, 1968.
 7. Tournier, P. *The Meaning of Persons*, SCM Press, London, 1957.
 8. Camus, A. « Ni victimes ni bourreaux ».
 9. Vincent, M.O. « The Sequelae of Stress » et « The Doctor's Own Wholeness : Burned Out or Refueled », communications présentées au congrès de l'Association médicale du Canada (Saskatoon, 22-24 septembre 1982).

Vous avez été coulés dans un moule qui tend à produire des maniaques du boulot, très au fait du dernier article paru dans le *New England Journal of Medicine*, sachant très bien contrôler vos émotions et capables d'un énorme rendement au travail. C'est un système où le travail passe toujours en premier : on pensera à soi et à sa famille s'il reste du temps.

Si vous pratiquez la médecine aujourd'hui, c'est probablement que vous pouvez facilement sacrifier une gratification immédiate à un avantage à long terme, que vous vous consacrez sans mesure à votre tâche, que vous surestimez la technologie médicale tout en sous-estimant vos propres besoins et vos relations, que vous vous exposez au surmenage, à la grande fatigue, à l'épuisement et à la dépression.

Quinze ans après leur admission dans une faculté de médecine canadienne, signale Spitzer¹⁰, 11 % des diplômés d'une même classe n'étaient déjà plus en mesure de donner leur rendement. Après 20 ans, on arrivait à 19 %¹¹.

Dans une étude prospective sur l'alcoolisme chez les médecins, Vaillant¹² observe un taux de 16 % à l'âge de 46 ans. Même si ce chiffre n'est pas beaucoup plus élevé que ceux qu'on trouve dans plusieurs autres professions, Sakinofsky¹³ relève que les médecins

viennent au deuxième rang pour les décès par cirrhose du foie ; seuls les écrivains les précèdent. En outre, l'incidence de la toxicomanie, phénomène fréquemment relié à l'alcoolisme, est nettement plus forte chez les médecins.

Et les conflits conjugaux ? L'appriovoisement mutuel des conjoints suppose que se développe un rapport d'intimité. Mais dans la vie d'un professionnel de la santé, la tension, les exigences du travail mangent le temps et l'énergie qu'il faut pour faire grandir l'intimité, à moins qu'on ne se soit fixé des priorités très précises et qu'on les défende jalousement.

Vincent¹⁴ fait remarquer que les qualités du « bon médecin » et celles du « bon conjoint » ou du « bon parent » ne vont pas du tout dans le même sens. Le bon médecin peut contrôler ce qu'il ressent ; le bon conjoint sait l'exprimer. Le bon médecin travaille dur ; le bon conjoint a du temps pour l'autre. Le bon médecin cherche généralement à satisfaire les besoins suivants : succès, statut social, prestige, reconnaissance professionnelle, réussite financière ; le temps qu'exigent de tels objectifs est dérobé au conjoint et aux enfants.

Les malades tiennent à ce que leur médecin soit disponible, compétent, vif et de bonne humeur. Les familles tiennent à ce que le parent soit disponible, serviable... et de bonne humeur. Qui a

dit qu'épouser un (ou une) médecin, c'était accepter de « vivre seul(e) avec quelqu'un » ?

Osons parler du suicide. Le taux de suicide chez les hommes médecins est plus élevé que chez les autres hommes du même âge ; le taux de suicide chez les femmes médecins est plus élevé que chez leurs confrères ; le taux de suicide chez les épouses de médecins est le plus élevé parmi les diverses professions étudiées¹⁵.

Oui, ce n'est que dans la mesure où nous laisserons grandir toutes les dimensions de notre propre personne que nous pourrons garantir à long terme notre rendement professionnel et notre équilibre personnel. ■

10. Spitzer, W.O., B.C. Hackett et C.H. Goldsmith, « Career Choices of Physicians Fifteen Years After Entering Medical School », *Canadian Medical Association Journal*, 1975, vol. 112, p. 468.
11. Spitzer, W.O., communication personnelle, 1983.
12. Vaillant, G. « The Physicians and Mood-Altering Drugs », *New England Journal of Medicine*, 12 février 1970.
13. Sakinofsky, I. « Suicide in Doctors and Wives of Doctors », *Canadian Family Medicine*, 1980, vol. 26.
14. Cf. « The Sequelae of Stress ».
15. Cf. Sakinofsky.

LA BIBLE ENTRE NOS MAINS

Une initiation à la sémiotique, par Walter Vogels, P.B.

Ce livre s'adresse à ceux et celles qui désirent aborder la Bible avec un regard renouvelé, en posant au texte biblique des questions neuves à partir du contenu même des textes. Il s'agit d'un guide qui fait entrer le lecteur ou la lectrice dans une lecture plus active et plus attentive des textes bibliques.

Prix : 6,95 \$ (plus 0,75 \$ de frais d'expédition)

Vous pouvez vous procurer ce huitième numéro de la collection *De la Parole à l'écriture* à :

SΘCABI

Société catholique de la Bible, 7400, boul. St-Laurent, Montréal H2R 2Y1, tél.: (514) 274-4381

Les dépenses de santé : JUSQU'OU À ALLER ?

par Gilles Dussault

département d'administration de la santé, Université de Montréal

Plus de dix milliards sont maintenant consacrés chaque année par la société québécoise aux dépenses de santé. Pour chaque habitant, cela signifie une dépense d'environ 1500 \$, soit le double, même le triple du revenu par habitant de presque tous les pays d'Afrique (les exceptions sont l'Algérie, le Gabon, la Lybie et l'Afrique du Sud). Au Québec, l'État assume 80 % de ces dépenses, qui représentent presque le tiers de son budget. Nous dépensons aujourd'hui environ quinze fois ce que nous dépensions il y a trente ans. Par contre, si on corrige pour l'inflation, les dépenses sont stables depuis 1970¹.

L'ampleur de ces sommes s'explique évidemment par la croissance de notre capacité de payer, mais surtout par la valeur plus grande que nous accordons à la santé. Depuis bientôt vingt ans, le droit des citoyens aux services de santé est même inscrit dans les textes de loi. L'accroissement des dépenses reflète aussi une conception plus large de la santé : elle est maintenant vue comme multi-dimensionnelle, de sorte que les besoins de services ne sont plus définis seulement en rapport aux besoins physiques mais aussi aux besoins psychologiques, de bien-être, de qualité de vie. La demande de services dépasse facilement notre capacité de payer (un phénomène qui n'est aucunement propre au domaine de la santé).

La question se pose donc d'établir la part des ressources de l'État qui sera consacrée aux services de santé. Doit-

on l'augmenter, la maintenir à son niveau actuel ou la diminuer au profit d'autres secteurs d'intervention ? À cette première question, il s'en ajoute une autre : comment doit-on allouer les ressources qu'on aura réservées pour le secteur de la santé ? La complexité de ces deux questions est évidente, mais elles ne peuvent être évitées. Les réflexions qui suivent visent à éclairer le débat sur les choix qui s'imposent en santé.

La part de la santé

Quel pourcentage de notre richesse doit-on consacrer aux services de santé ? Les Américains consacrent environ 12 % de leur produit national brut aux services de santé ; le Royaume-Uni environ la moitié, soit 6 % ; les pays africains, plus démunis, entre 1 % et 2 %. Les dépenses privées et publiques en santé représentent autour de 9 % du produit intérieur brut québécois. Qui a raison ? La réponse rationnelle est que tout dépend des problèmes auxquels une société doit faire face et des ressources à sa disposition. Logiquement, les ressources devraient être dirigées vers les populations à risque ou en mauvaise santé, ce qui est loin d'être toujours le cas.

Même si nous étions tous en parfaite santé, il y aurait un seuil minimal de services à maintenir : soins périnataux, infrastructures pour parer aux urgences, services de prévention et de surveillance de l'état de santé, services hospitaliers de base. Ce sont les services qui s'ajoutent à cette base qui font problème. Lorsque l'augmentation des dépenses ne s'accompagne pas d'une réduction des besoins exprimés,

ce qui semble être le cas actuellement, il faut, avant de dépenser davantage, s'interroger sur l'impact des services sur la santé de la population. Il faut se demander si produire davantage de services équivaut à produire plus de santé. La vraie question n'est donc pas seulement de savoir combien nous devrions dépenser en santé, mais comment le faire.

La santé ne croît pas en proportion des services mis en place. Elle résulte de la création de conditions de vie qui rendent les individus capables d'éviter la maladie et le « mal-être ». Maintenant que les dépenses publiques de santé ont atteint un seuil qui semble politiquement difficile à dépasser, plutôt que de demander des ressources additionnelles au Conseil du trésor ou d'aller en chercher dans la bourse des citoyens par des mécanismes comme les frais modérateurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait solliciter la coopération des autres décideurs pour la formulation de politiques saines. Par politiques saines, j'entends des politiques qui favorisent le maintien et l'amélioration de la santé et qui éliminent des risques évitables.

Pensons au débat actuel sur le réaménagement du réseau routier à Montréal. L'impact sanitaire des décisions qui seront prises sera énorme ; en particulier, sur le nombre de traumatismes et sur la qualité de la vie des populations vivant en bordure des autoroutes (qualité de l'air, bruit). Les répercussions des décisions du ministère du Transport, pour qui il n'est pas évident que les questions de santé soient prioritaires, se feront sentir pendant quelques décennies tant au niveau de la santé des citoyens qu'à celui du système de soins.

Plusieurs exemples du même type pourraient montrer que des décisions touchant la santé se prennent (ou ne

1. Contandriopoulos, A.-P., Lemay A., Tessier, G., *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire*, Annexe 29 au Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 178 pages.

se prennent pas) dans les secteurs de l'éducation, de la justice, de l'environnement, des finances. Aux autres ministres qui lui demandent de restreindre sa voracité, le ministre de la Santé et des Services sociaux devrait répondre en leur demandant ce qu'ils sont prêts à faire, chacun dans leur secteur, pour aider à diminuer les besoins qui entraînent les dépenses de santé. Cette démarche est celle de l'intersectorialité qu'appelle de tous ses vœux la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon 1988), qui reprend en cela des points de vue souvent exprimés par les organisations de santé publique.

En somme, l'objectif de réduire ou de contenir les dépenses sanitaires ne devrait pas être motivé par des considérations économiques, mais par une volonté de réduire les besoins. Cette entreprise dépasse la capacité d'intervention du système de soins ; elle exige que tous les centres de décisions qui ont une influence directe ou indirecte sur la santé de la population soient amenés à inclure, dans leur processus de décision, la prise en compte de l'impact sanitaire. Aussi longtemps que le ministère des Finances, par exemple, ne s'interrogera pas sur les effets sur la santé de ses choix budgétaires, il est probable qu'il continuera à prendre des décisions qui sont rationnelles au plan économique (limiter les taxes sur le tabac et l'alcool pour éviter de réduire la consommation et les rentrées fiscales qui en découlent) mais désastreuses au plan sanitaire. La question n'est plus de savoir combien nous devons consacrer au budget de la santé, mais quel niveau de santé nous voulons atteindre et jusqu'à quel point nous sommes prêts à mettre à contribution les politiques d'éducation, de fiscalité, de transports, de travail etc., pour l'atteindre.

L'allocation des ressources en santé

Ceci dit, quelles que soient les ressources disponibles pour les services de santé, il faut décider de leur allocation. Ces décisions ne sont pas faciles dans un jeu à somme nulle : doit-on privilégier les services aux enfants ou aux personnes âgées ? les problèmes physiques plus que les problèmes mentaux ? Quelle priorité accorder aux services qui ne modifient pas le cours naturel de la maladie, mais augmentent

la qualité de vie ? Doit-on investir dans des équipements qui servent à traiter des cas rares mais importants ou mettre en place des programmes préventifs qui touchent des milliers de personnes ?

La réponse à ces questions sera fortement teintée de nos choix de valeurs. Par exemple, au sujet d'un problème comme l'épidémie de maladies transmises sexuellement, personne ne contestera que les valeurs morales interfèrent avec les décisions. Ce qui apparaît raisonnable aux yeux des intervenants en santé publique, comme les mises en garde contre les pratiques sexuelles à risque ou la distribution gratuite de préservatifs, n'est pas toujours acceptable aux décideurs politiques qui se voient comme les interprètes des choix moraux de la collectivité.

Tout en acceptant que l'allocation des ressources comportera toujours des dimensions sociales, morales, politiques, il est possible de rendre plus objectif l'arbitrage des nombreuses demandes de ressources. Il sera plus facile de résister aux pressions qui viennent des consommateurs, des professionnels (qui se disent les interprètes de leurs besoins) et aussi des industries qui tirent profit de l'expansion des services de santé, si le processus de décision est fondé sur des critères rigoureux.

On pourrait, par exemple, soumettre les demandes à une grille de questions : (1) la demande est-elle justifiée par des besoins démontrés ? (2) ces besoins sont-ils prioritaires ? (3) l'intervention proposée est-elle efficace et efficiente, c'est-à-dire capable de produire, au meilleur coût, les résultats recherchés ?

Ces questions soulèvent toutefois des difficultés énormes : il n'est pas facile de s'entendre sur ce qu'est un besoin. Théoriquement, il s'agit d'un écart entre une situation donnée et une situation souhaitée : la perception de cet écart n'est pas la même chez le profane ou chez le professionnel. Chacun applique des normes différentes quand il évalue les besoins de santé. Avant de décider d'allouer des ressources, il faudra établir les normes qui vont permettre de conclure à l'existence des besoins.

L'établissement d'un ordre de priorité dans les besoins reconnus constitue un autre défi de taille. On peut utiliser des critères comme le nombre de personnes touchées par un problème, la gravité du problème, celle de ses conséquences pour les individus, leur entourage, la société, en général ; le consensus des experts sur l'importance du problème peut aussi être un critère

décisif. Les spécialistes de la planification sanitaire proposent plusieurs techniques de priorisation des problèmes de santé pour objectiver le processus de hiérarchisation des besoins². Ces techniques peuvent être très utiles, mais il faut reconnaître que la définition des priorités est aussi un processus politique : c'est pourquoi les priorités reflètent le plus souvent l'influence relative des différents acteurs en présence.

La dernière question porte sur l'efficacité des moyens d'intervention. On conviendra facilement qu'il ne serait pas raisonnable de consacrer des ressources rares à des interventions inefficaces (par intervention, j'entends aussi bien une procédure chirurgicale, un traitement médical, l'utilisation d'un équipement, un médicament, la mise en place d'un service, un changement organisationnel, etc.). Pourtant, la plupart des interventions en santé n'ont jamais été évaluées.

Les services de santé ont dû beaucoup expérimenter pour en arriver à leur stade de développement actuel et qui dit expérimentation, dit succès et erreurs. Il était peut-être acceptable de procéder par essais et erreurs autrefois, mais maintenant que nous disposons de l'arsenal méthodologique nécessaire à l'évaluation de la plupart des interventions, nous ne devrions plus accepter que l'État finance, sauf en situation expérimentale évidemment, des interventions dont l'efficacité n'a pas été établie. Qu'il s'agisse d'un équipement, d'une procédure chirurgicale (transplantations, par exemple) ou d'un changement organisationnel, la règle devrait être que leur efficacité devrait être mise à l'épreuve avant que l'État n'accepte de les rendre disponibles à toute la population.

Au moins deux décisions récentes du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquent que ce principe est en voie d'être établi : celles de créer un Conseil d'évaluation des technologies de la santé (ici le mot technologie est entendu au sens large d'intervention) et d'expérimenter une nouvelle structure de dispensation des services, « l'Organisation de soins intégrés de santé » (OSIS). Éventuellement, il faudra aussi soumettre à l'évaluation les interventions actuelles, dont on ne sait pas toujours si elles produisent les résultats recherchés.

2. Voir Pineault, R. et Daveluy, C., *La planification de la santé*, Montréal, Agence d'Arc, 1986, chap. 2.
3. Dussault, G., Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Bilodeau, H., *La main-*



Paul Hamel

La question n'est plus de savoir combien nous, comme société, devons consacrer au budget de la santé, mais quel niveau de santé nous voulons atteindre.

Il reste beaucoup à faire pour aider les décideurs à mieux cerner les besoins et à mieux juger de l'efficacité des interventions; mieux ils sauront le faire, meilleures seront (ou du moins pourront être) leurs décisions. La Commission Rochon a fait des suggestions précises, à savoir, renforcer les systèmes d'information et créer un Conseil de la Santé et du Bien-Être, pour justement améliorer la capacité d'estimer les besoins, de les classer par ordre de priorité et aussi de surveiller leur évolution. Ces recommandations n'ont pas eu d'écho à ce jour.

Des choix à faire

Il ne faut pas s'attendre à ce que les pressions pour dépenser plus en santé diminuent dans les années à venir. Une partie de la pression s'explique par les changements démographiques: le vieillissement de la population québécoise est un phénomène bien réel, mais il est loin d'être démontré qu'il s'accompagne d'une explosion catastrophique de la demande de soins. Nous avons atteint le seuil de 10 % de personnes de 65 ans et plus, en 1986; la plupart des pays européens l'ont atteint il y a

longtemps, certains dès les années 1950, et leurs services de santé n'ont pas éclaté. Les âgés de demain seront vraisemblablement mieux nantis et en meilleure santé que ceux d'aujourd'hui; leurs attitudes face au système de soins seront différentes et rien n'indique qu'ils consommeront des services de santé de la même manière que les âgés d'aujourd'hui.

Indépendamment des changements démographiques et épidémiologiques, d'autres facteurs vont contribuer à augmenter la demande de services (pas nécessairement les services actuellement offerts): d'abord, les consommateurs sont plus et mieux organisés et plus revendicateurs. Ils expriment maintenant, en santé, les attentes qu'ils ont exprimées dans le passé dans d'autres domaines de consommation. Ils sont plus préoccupés de qualité, d'accessibilité, de disponibilité des services. Ensuite, il y a proportionnellement plus de spécialistes que jamais, qui veulent une place sur le marché de la santé. Les professions sanitaires traditionnelles (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, etc.) ont des effectifs qui ont augmenté plus rapidement que la population depuis le milieu des années 1970³.

En plus, quelques dizaines de catégories de nouveaux thérapeutes sont arrivées sur le marché. On en retrouve dans le système de soins officiel (inhalothérapeutes, hygiénistes du travail), mais surtout dans le système parallèle («médecines douces», psychothéra-

pie). Toutes ces personnes veulent notre bien – elles en ont d'ailleurs chacune une définition particulière – en même temps qu'un coin, aussi protégé que possible, dans le système de soins.

Il y aura donc encore longtemps des choix à faire au plan de l'allocation des ressources sanitaires et ces choix auront toujours des dimensions sociales, politiques, économiques et éthiques. Le rôle des décideurs n'est pas de répondre à toutes les demandes, mais de les évaluer et de décider lesquelles, parmi celles qui sont légitimes, seront satisfaites. Cet exercice sera facilité si on dispose d'un cadre de référence général pour la décision: c'est-à-dire d'un énoncé de principes à respecter, d'objectifs à viser et de stratégies à mettre en oeuvre, en d'autres termes d'une politique.

La ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé son intention de publier un livre blanc au printemps 1989. Il faut espérer qu'il jettera les bases d'une politique de santé et qu'il établira clairement le principe que la «production» de plus de santé passe par l'adoption de politiques saines dans tous les secteurs de la vie sociale. Si notre société veut réellement choisir la santé, la solution n'est pas de dépenser plus dans les services de santé; il faut plutôt agir en amont des besoins de santé, en particulier sur la qualité de l'environnement physique et social et mieux dépenser, c'est-à-dire plus efficacement, les sommes actuellement disponibles. ■

d'oeuvre socio-sanitaire au Québec, Québec, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988, 467 pages.

dépêches

À la suite du Conseil national qu'il a tenu en novembre 1988, le Mouvement des travailleuses et travailleurs chrétiens (MTC) propose à ses membres une **enquête-action sur la précarité de l'emploi**. En effet, on constate au Québec une augmentation continuelle, surtout chez les femmes et les jeunes, des emplois à temps partiel, à contrats ou « sur appel », qui procurent un très faible revenu. Plusieurs ont des emplois financés par des projets gouvernementaux, qui leur offrent un maigre supplément à leurs prestations d'aide sociale ou de chômage. Les membres du MTC prévoient rejoindre plus de 500 personnes, par leur enquête menée au cours des mois d'hiver. Cela devrait permettre au mouvement de formuler une position publique et des pistes d'action pour contrer cette précarité. Rappelons que le MTC est actuellement présent dans neuf régions du Québec et cherche à s'implanter dans trois autres régions.

« **1789, La Révolution et l'Église** ». Ce 221^e numéro de *Concilium*, revue internationale de théologie, examine en premier lieu la grande triade révolutionnaire liberté - égalité - fraternité. La seconde partie aborde la notion de réception et non-réception de la Révolution par l'Église, confrontant la pensée catholique à la pensée bourgeoise et au libéralisme. La troisième et dernière partie, qui examine l'héritage de la Révolution dans le christianisme contemporain, n'hésite pas à traiter de l'asymétrie entre le ralliement aux droits de l'homme et la méconnaissance des « droits des chrétiens » dans leur Église. (*Concilium* est édité chez Beauchesne, 72, rue des Saints-Pères, 75007 Paris. Disponible chez votre libraire ou chez Périodica)

C'est avec fierté que nous apprenons la nomination de **Jacques Racine** (prêtre de Québec) au poste de vice-recteur exécutif de l'Université Laval. *Relations* n'est pas la seule équipe à le considérer comme un ami précieux quand il s'agit de confronter des tendances de société au prisme de l'Évangile. Éducateur responsable des cours en éthique sociale à la Faculté de théologie, il n'a jamais cessé de manifester sa solidarité à celles et ceux qui cherchent à concilier étude et action, spiritualité et engagement, fraternité et compétence. Nos vœux de succès l'accompagnent.

« La moitié des personnes qui risquent de mourir du SIDA au début des années 90 (et elles sont malheureusement nombreuses) ne sont pas encore contaminées par le virus. Notre devoir est clair ». Cet appel à notre responsabilité d'informer et de prévenir la terrible maladie retentit dès la première page de la brochure **SIDA, les faits, l'espoir**. Publié par le Regroupement des Départements de santé communautaire du Montréal métropolitain à l'intention des intervenants du milieu de la santé et du grand public, cet outil de 64 pages bien illustrées et en couleurs, est l'adaptation québécoise de la brochure préparée en France par l'Institut Pasteur, sous la direction du Dr Luc Montagnier. Disponible dans les DSC.

La scène politique salvadorienne est bouleversée depuis que la guérilla de ce pays, le FMLN, et son allié, le FDR, ont proposé au gouvernement salvadorien, le 23 janvier dernier, de reconnaître la légitimité des prochaines élections présidentielles (originellement prévues pour le 19 mars) si celles-ci étaient repoussées au 15 septembre, et si elles se déroulaient dans des conditions garantissant l'absence de fraude. La proposition semble traduire un important changement de politique au sein de la guérilla : à peine trois mois plus tôt, le FMLN avait lancé un appel à l'insurrection populaire et refusait d'endosser la candidature électorale de la Convergence démocratique, une formation politique au sein de laquelle se trouve pourtant son allié, le FDR. La réponse des différents acteurs politiques à la **proposition du FMLN** marquera un tournant décisif dans la guerre, pour le meilleur ou pour le pire. (C.J.)

Assez curieusement, le président de la Roumanie a choisi la Décennie du développement culturel (décrétée par l'ONU) pour annoncer son plan de « rationalisation » et de redressement de l'économie. Un plan qui passera par la destruction, au bulldozer, de milliers de villages d'une grande valeur historique. Pour contrer ce que la FIDH appelle « un gigantesque tremblement de terre », **Opération villages roumains** propose de faire adopter chacun des 8000 villages roumains par autant de communes ou villages des pays de la CEE. Ce geste permettra, entre autres, aux habitants des villages participants de communiquer au président Ceausescu et à l'ambassadeur roumain en poste dans le pays concerné, le nom de leur localité menacée. (FIDH)

LE JEU DE L'AUSTÉRITÉ

par Alain Parguez¹

économiste, professeur invité à l'Université d'Ottawa

La course aux investissements étrangers, la hausse des taux d'intérêt, la réduction des programmes sociaux, l'obsession du déficit, la persistance d'un chômage élevé en période de croissance économique ne sont pas une fatalité, mais le résultat d'une stratégie concertée, d'un jeu à trois. L'économiste Alain Parguez explique le jeu de l'austérité. Dans un prochain article, il quittera le carcan des politiques économiques néo-libérales pour examiner comment sortir de l'austérité.

dans une interview donnée en novembre dernier, le président Mitterrand annonçait au peuple français non seulement la poursuite de la politique de rigueur mais son renforcement pour une période de trois ou quatre ans ; ce n'est qu'après l'austérité, expliquait-il, qu'on pourra songer à redistribuer les fruits de la croissance. Ce discours est révélateur.

Le problème fondamental de l'économie contemporaine, c'est que la société est soumise au jeu de trois groupes d'acteurs : les marchés financiers, les grandes entreprises et les gouvernements.

Les marchés financiers

Ceux qui détiennent des lettres de créance sur les différents gouvernements veulent se garantir contre les risques de pertes en capital et, dans la mesure du possible, réaliser des plus-values sur leur capital. Tout a été mis en oeuvre pour assurer l'existence d'un marché quasi parfait du capital financier. Le marché du capital financier est aujourd'hui le marché le plus libre qui existe.

Or quelle est sa stratégie ? C'est de concevoir qu'il y a une sorte de relation inverse entre la croissance de la richesse réelle dans l'économie nationale, d'une part, et, d'autre part, la valeur des créances qu'il détient sur cette économie. Par conséquent, dès que les marchés financiers (les banques, les institutions financières, les gérants de portefeuilles) anticipent une reprise de la croissance et une hausse de l'emploi, ils en déduisent automatiquement que leur capital se dépréciera (parce qu'il y aura plus d'inflation), et ils cherchent à se protéger en jouant sur les taux d'intérêt et les taux de change. On fera pression pour que les taux d'intérêt aug-

mentent et on tendra à déprécier la monnaie du pays. C'est dire que les taux d'intérêt ne sont pas du tout des phénomènes de marché parfait...

Or toute la vision de l'économie traditionnelle reposait sur l'hypothèse inverse : on croyait au libéralisme parce qu'on supposait que, les agents étant rationnels, plus une économie s'enrichit, plus ils anticiperaient que le fait d'avoir des créances sur cette économie serait pour eux un facteur de gain. Toute la théorie de l'économie classique – même celle de Marx – reposait là-dessus. Marx, en effet était persuadé que la circulation parfaite du capital financier allait de pair avec le développement du régime capitaliste. Mais actuellement, c'est exactement le contraire qui fait loi : la croissance est regardée comme appauvrissante et, de même, la reprise de l'emploi.

D'où vient donc ce renversement de l'attitude des marchés financiers à l'égard de la croissance ? On peut admettre qu'il s'opère à la fin des années 60. Et il vient de ce que les détenteurs du capital financier ont 1) un horizon à très court terme (on n'insistera jamais assez sur ce point : l'horizon moyen des gérants de grand capital financier est au maximum d'un an) ; 2) la vision d'un avenir profondément pessimiste (il sera de plus en plus difficile de réaliser les profits qui maintiendront la valeur du capital, il faut donc se protéger maintenant) ; 3) l'idée profondément enracinée que la société est fragile et que, pour se garantir contre cette fragilité, il faut obtenir des primes d'assurance...

Les grandes entreprises

Deuxième acteur : les grandes entreprises et les multinationales. À l'heure actuelle, leur stratégie est de moins en moins une stratégie d'entrepreneurs et de plus en plus une stratégie d'investisseurs financiers. La grande entreprise se considère comme gérant un portefeuille d'actifs. Elle estimera que les usines, au Québec, en France ou en Ontario, sont comme des créances que l'on peut acheter ou vendre selon

1. Alain Parguez rencontrait le comité de rédaction de *Relations*, le 7 décembre dernier. Ces deux articles reprennent l'essentiel de ses propos.

la rentabilité qu'on attend aujourd'hui. *Les grandes entreprises sont donc de moins en moins intéressées à la prospérité d'une économie nationale spécifique.*

Il y a plus. La stratégie des grandes entreprises actuelles en est une de « coréanisation » générale. La rentabilité de l'investissement dans un pays donné sera jugée inversement proportionnelle aux coûts directs et indirects du travail dans ce pays. Autrement dit, selon que le travail est plus ou moins coûteux, on déplacera les investissements d'un pays à l'autre.

Ces entreprises, on le voit, ont tout à perdre, et rien à gagner, à la mise en oeuvre de programmes d'austérité. À l'heure actuelle, la libéralisation des flux financiers est telle qu'il n'y a pratiquement aucun obstacle à cette stratégie.

Les gouvernements

Pendant longtemps, un certain discours opposait libéralisme (réduire le rôle de l'État) et interventionnisme (augmenter le rôle de l'État). On était conservateur ou on était de gauche. Or l'État actuel, aussi bien au Canada fédéral qu'au Québec, en France ou au Japon, occupe peut-être plus de place qu'à l'époque de la croissance du plein emploi, mais son rôle a changé.

Les gouvernements se donnent pour mission prioritaire de prévenir les réactions « défavorables » des marchés financiers et des multinationales. Leur politique consistera à aller au-devant des décisions des marchés financiers et des multinationales pour les convaincre qu'ils n'ont pas avantage à déprécier la monnaie nationale ou à retirer leur capital du pays.

Pour prévenir la réaction des marchés financiers, les gouvernements accroîtront les taux d'intérêt et ils mettront en oeuvre des politiques de coupures budgétaires visant à maintenir le taux de change de la monnaie nationale : ils appliqueront la politique économique qui doit maintenir la valeur des créances. À l'égard des multinationales, ils établiront des programmes visant à réduire le coût du travail direct et indirect, à diminuer la réglementation et à freiner l'action des syndicats.

C'est ce type de stratégie des gouvernements qu'on doit appeler « austérité » ou « libéralisme moderne ». L'État y joue un rôle considérable. Il doit exercer son pouvoir bureaucratique de contrainte sur la société pour la forcer à s'adapter au modèle jugé souhaitable par les agents qu'on veut amadouer. Ce pouvoir de contrainte s'appliquera notamment dans le domaine des dépenses publiques.

Le déficit

Contrairement à l'opinion dominante, je ne pense pas que les États dépensent trop. S'ils dépensent trop, c'est seulement pour la catégorie de dépenses que personne ne pense à réduire : les budgets militaires. Autrement, les dépenses publiques sont insuffisantes, comme les déficits...

En effet, en dehors des dépenses militaires, la plus grande part des dépenses assumées par l'État sont des dépenses d'équipement, des dépenses de gestion des ressources naturelles et des dépenses de formation et d'entretien de cette autre ressource qu'est le capital humain, le potentiel intellectuel de la nation. De ce point de vue, l'éducation, la santé,

les allocations familiales doivent être comptées comme des investissements.

Or si on évaluait correctement ce capital que l'État doit prendre en charge, si on tenait compte de la véritable destruction de l'environnement, ou de la dépréciation de la ressource humaine du fait de l'insuffisance des dépenses d'éducation, des programmes sociaux ou des allocations familiales, on verrait que la dépense publique est trop faible.

Car le déficit, qu'est-ce que c'est ?

Comme le remarque avec raison l'économiste américain Robert Eisner, si on appliquait aux entreprises les règles qu'on prétend imposer aux gouvernements (pas de déficit), les entreprises disparaîtraient. Comme, pour l'essentiel, le déficit représente un investissement net² et puisque aucune entreprise ne financera ses investissements par ses ressources courantes, il n'y a aucune raison d'appliquer une telle règle à l'investisseur qu'est le gouvernement.

Nous voyons mieux maintenant le sens véritable, dans le cadre de ce jeu à trois, de l'attaque contre les déficits. Ce qui est en jeu, ce n'est pas le déficit en soi, qui est après tout une source de revenus pour les détenteurs de la dette publique. Non, c'est le type de dépenses que permet ce déficit.

Pourquoi les dépenses militaires ne sont-elles pas mises en cause ? Parce qu'elles sont jugées conformes au jeu normal du marché, à la stratégie de maintien de l'ordre existant. Au contraire, les dépenses d'environnement et les programmes sociaux sont jugés menaçants pour l'ordre social existant. Alors on fait pression sur le déficit en plaçant la société devant l'alternative : couper les dépenses (sociales) ou augmenter les impôts. Comme les revenus moyens sont déjà surtaxés, les gens se résignent à l'austérité.

On voit pourquoi le montant du déficit sert aux marchés financiers pour calculer la valeur des monnaies : plus le déficit augmente, plus la monnaie se dépréciera. C'est que le gouvernement en cause s'éloigne beaucoup trop du modèle économique et social jugé acceptable par les détenteurs du capital financier.

La course à l'austérité

Voilà donc que, du point de vue des politiques économiques, nous arrivons à une situation tout à fait exceptionnelle dans l'histoire. Tous les gouvernements ont la même stratégie, qui est de mettre en oeuvre des politiques d'austérité pour maintenir la valeur de leur monnaie. Tous sont engagés dans une course à l'austérité, car c'est à celui qui affichera l'austérité la plus forte que reviendra le prix : sa monnaie sera évaluée plus haut, il attirera plus d'investissements des multinationales.

Du coup, tous sacrifient des objectifs qui ne sont pas conformes à la logique des marchés financiers : le plein emploi, l'égalité dans la distribution, la protection de l'environnement. Nous arrivons ainsi à une situation que n'avaient

2. Si on déduit du déficit comptable les dépenses nettes d'équipement, il ne reste pratiquement aucun déficit, on trouve même des excédents...



Canapress

John Crow, le grand argentier, veille au grain. Tous les gouvernements ont la même stratégie qui est de mettre en oeuvre des politiques d'austérité pour maintenir la valeur de leur monnaie.

pas du tout prévue les pères fondateurs du libéralisme économique.

Ricardo, Smith et les autres grands libéraux admettaient que l'État a un rôle spécifique à jouer et ils pensaient que le marché n'était acceptable que parce qu'il permettait le plein emploi, c'est-à-dire la richesse sociale maximum. Ils ont pu se tromper dans leur démonstration mais telle était bien leur conviction profonde. Ricardo, par exemple, n'aurait sûrement pas accepté l'accord de libre-échange entre le Canada et les États-Unis, car il pensait que le libre-échange n'avait de sens qu'entre pays connaissant les mêmes conditions sociales et le plein emploi étant supposé.

Aujourd'hui, l'État n'a d'autre objectif que de maintenir, à n'importe quel prix, la valeur du capital financier et la valeur des placements des entreprises multinationales. Et plus l'État joue ce rôle, plus la situation se détériore. Car plus l'austérité perdure, plus nous avons une croissance financière en même temps qu'un blocage de la formation de richesse réelle, voire un appauvrissement. Il s'ensuit que les marchés financiers sont de plus en plus fragiles et qu'ils ont de plus en plus besoin d'être soutenus par des politiques de contrainte (coupures, déréglementation sociale...) À long terme, le résultat de cette stratégie, c'est l'accroissement du chômage et l'appauvrissement; ce qu'on appelle avec raison la *société duale*.

L'exemple de l'Europe

L'Europe représente actuellement un modèle assez parfait de cette situation. Le Marché commun forme déjà la zone économique la plus intégrée: l'intégration financière et commerciale sera complète en 1992. Le principe majeur de la politique européenne, c'est ce qu'on appelle « le système monétaire européen ». Tout repose sur la monnaie et la finance.

Au départ, nous avons un système de taux de change qu'on veut maintenir à n'importe quel prix. Ensuite, nous avons un pays, l'Allemagne, qui applique de façon systématique une politique interne de déflation pour acquérir des surplus financiers: austérité interne très dure, quasi équilibre budgétaire, politique monétaire extrêmement restrictive favoriseront un excédent commercial qui sera la contrepartie des investissements financiers réalisés par les grandes entreprises allemandes en Amérique du Nord, en Asie du Sud-Est, en France. Plus s'accroît le surplus commercial, plus le mark se réévalue; et plus le mark se renforce, plus on espère augmenter le surplus commercial...

Le prix à payer: malgré un taux de croissance démographique presque nul, un taux de chômage de 9%. La Bundesbank (Banque centrale) se réjouit d'ailleurs de l'absence de croissance démographique: une reprise des naissances serait catastrophique car, à ce moment-là, le chômage aug-

menterait beaucoup trop et on ne pourrait plus maintenir l'austérité. La République fédérale a même organisé le rapatriement des familles d'immigrants, de crainte, entre autres, qu'elles n'aient trop d'enfants : il faudrait alors verser des allocations, alourdir la dépense publique, compromettre la politique d'austérité.

Puisque le système des changes est absolument fixe, toutes les autres économies de la Communauté doivent convaincre les marchés des changes, les investisseurs financiers, les multinationales, de ne pas déprécier leurs monnaies. Comment ? En se lançant dans des politiques d'austérité encore plus brutales que la politique allemande : de manière à accroître leurs exportations et à réduire leurs importations. On coupera donc les dépenses publiques, on augmentera les impôts, on haussera les taux d'intérêt, on s'efforcera de faire tomber les salaires réels.

C'est la politique pratiquée par l'Espagne depuis que ce pays a adhéré au Marché commun. C'est la politique, surtout, de l'administration Mitterrand. C'est aussi celle de la Belgique, à l'heure actuelle. Tout y est sacrifié à un impératif unique : maintenir le système des taux de change. Tout est mis en oeuvre pour atteindre le niveau d'austérité jugé suffisant par les investisseurs financiers et les multinationales. Le prix à payer : pour l'Espagne, un taux de chômage effectif entre 20 et 25 % ; pour la France, un taux de 11 à 12 %, en se réjouissant qu'il n'y ait pas plus de naissances. Sans compter un nombre considérable de chômeurs déguisés, une tendance à la baisse des salaires réels, des coupures dans les dépenses sociales, et le développement d'une véritable pauvreté.

Que laisse prévoir la situation actuelle pour 1992 ? Tous les pays ont des politiques d'austérité cumulatives ; tous s'efforcent de couper dans leur demande interne et de reporter sur l'extérieur les achats qui absorberaient leur production. Le Marché commun attirerait le capital financier, exerçant une influence profondément déséquilibrante sur l'économie mondiale. En soi, l'intégration économique ne crée rien : ni revenus ni emplois. Au lieu de réaliser l'intégration dans une perspective dynamique, comme en 1959, on reste dans la perspective d'une économie rentière internationale.

Et une sorte de consensus se fait sur ce point : les seules dépenses qui augmentent sont les dépenses militaires. La France en particulier, tout en coupant ses dépenses publiques, se lance dans un programme de dépenses militaires des plus ambitieux. C'est qu'il s'agit de savoir qui dominera l'Europe. Un axe Bonn-Paris se dessine : à l'Allemagne la domination économique, à la France la domination politique par l'intermédiaire de l'Armée.

Tant pis pour le tiers monde

Le déséquilibre extérieur engendré par cette politique pose tout le problème des relations avec le tiers monde. Celui-ci, suite aux pressions exercées par le Fonds monétaire, libéralise son économie. Or il est bloqué de partout. Plus les pays développés coupent leurs dépenses, moins le tiers monde peut exporter. Et moins, à son tour, il pourra importer, étant donné qu'on lui imposera des conditions financières restrictives. Parce que le risque de pertes (des prêts internationaux) est important, on le mettra devant l'alternative suivante : ou accepter des taux d'intérêt élevés, ou céder des actifs réels. C'est le programme dit de « réalisation de la

dette ». On proposera aux pays du tiers monde qui ont des capacités de production à céder : vendez-nous vos capacités, moyennant quoi vous aurez de nouveaux crédits et des taux d'intérêt plus faibles. Une politique qui pourrait être très dangereuse.

Mais il y a plus. La stratégie mise en oeuvre en Europe et aux États-Unis vise à développer les exportations par la coupure dans les coûts de production internes. C'est, en fait, une stratégie de tiers-mondisation ! Les pays développés veulent concurrencer les pays du tiers monde sur leur propre terrain. Là encore, une pareille stratégie serait tenue pour monstrueuse par les pères de l'économie néo-classique, qui n'auraient guère imaginé qu'on puisse songer à couper les coûts du travail pour augmenter les exportations. Le résultat, c'est que les pays du tiers monde voient leur exportation bloquée et du côté de la demande disponible dans les pays développés et du point de vue de leurs propres coûts de production : ils sont concurrencés par des produits qui ne sont pas d'une qualité techniquement supérieure mais dont les coûts de production auront été diminués par des salaires réduits et par une productivité plus forte.

Le système aboutit à une impasse dans les relations avec le tiers monde. Le libéralisme reposait sur la possibilité d'avoir des surplus, mais ces surplus seront laminés par les programmes mis en oeuvre par les pays développés. Surtout que les marchés des matières premières sont particulièrement flexibles. Ce sont des marchés où la production est fragmentée mais où la demande est extrêmement concentrée : ainsi le cacao d'Afrique noire est produit dans plusieurs pays, mais il y a un monopole français qui contrôle les achats. Pour certaines ressources naturelles, comme le bois, on atteint actuellement le seuil de non-renouvellement des capacités de production.

En somme, les pays qui misent sur ce type de ressources ne peuvent compter sur une hausse des prix et ils risquent de voir s'épuiser leur capacité de produire. Le résultat, c'est que les créances s'accumulent. Les créances s'accumulant, leur valeur tend à se déprécier. Que font les banques ? Elles se tournent vers les gouvernements, qui leur donnent diverses garanties (comme aux États-Unis ou en Europe), ou bien elles font des gains dans d'autres domaines (hausse des taux d'intérêt ou cession d'entreprises, comme au Brésil et dans un certain nombre de pays d'Amérique latine).

Une économie rentière

Par conséquent, plus l'économie s'internationalise sans croissance véritable, plus elle est fragile, plus la coopération s'établit dans l'austérité. Qui cette coopération sert-elle ? Essentiellement ceux qui s'enrichissent par la spéculation internationale. Et à quoi sert-elle ? Essentiellement à maintenir les marchés financiers, pour favoriser la stratégie des multinationales en l'absence de véritable croissance. Il y a longtemps alors que la coopération n'est plus une fin en soi.

Il est assez terrifiant de concevoir qu'à quelque dix ans de l'an 2000 on en soit rendu là : avec une capacité sans précédent de projection de l'avenir, avec un stock considérable d'inventions inutilisées sous prétexte qu'elles coûteraient trop cher, la société gaspille ses ressources réelles et se crée elle-même une pénurie artificielle. ■

À venir : *Comment sortir de l'austérité ?*

lectures

Louis Gauthier : *Voyage en Irlande avec un parapluie et
Le pont de Londres* □ Gilles Duruflé : *L'ajustement
structurel en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire,
Madagascar)*

Voyage en Irlande Le pont de Londres

en Irlande, il s'appelle « je », il est « à la recherche de la lumière » (qu'il s'imagine trouver aux Indes, sa destination), il boit, s'ennuie, erre sur les routes, et désespère de ce qu'il voit : l'Irlande « profonde », (un « Québec de 1954 ») – et puis la solitude. Et puis ce qu'il devine : partout, le même pareil-au-même...

Un récit qui s'étend sur quelques jours seulement, et qui se termine sans se terminer (merci l'auteur !) sur l'amourette obligée des grands voyageurs : courte, hygiénique, fonctionnelle - il faut bien un toit quelque part...

La « voix » du narrateur est celle d'un homme qui « en est revenu ». Et qui a déjà vécu toutes les vies. Mais alors, se demande-t-on, pourquoi toujours repartir ?

De retour à Londres, il s'appelle toujours « je », songe encore à planifier son voyage en Orient mais en demeurant chez l'ami Jim qui l'héberge ; il boit, s'installe, passe les Fêtes – dont une désopilante soirée chez des mondains accrochés à un gourou lointain qui a envoyé son message de Noël sur cassette (faut-il vraiment, interroge notre héros, « être propre, sobre, végétarien, et un peu niais » ?) – s'ennuie, se remémore son ex-blonde du Québec, et

repart...

Deux récits brefs (l'un de 75 pages, le deuxième de 96), qui en annoncent paraît-il un troisième, lequel s'intitulera *Voyage au Portugal avec un Allemand*. Bon.

J'ai aimé le premier. Sa pudeur, ses aveux (« j'ai déjà su m'amuser »), une inconséquence assumée (« il faut que je parte d'où je suis bien pour aller là où je ne veux pas vivre ») et une solide question métaphysique (« en ce moment même... nous ne sommes que les éléments d'un code... nous ne sommes pas nous-mêmes »). J'aime ces purs constats, cette déception froide, le lyrisme impossible, la totale lucidité, et ce qu'elle annonce, peut-être.

Là est le hic.

L'adolescent qui a tout vu tout connu n'apprend rien : logique. Donc, ça ne peut aller nulle part. À Londres, comme de fait, le récit de voyage s'enlise dans les considérations de milieux : les bourgeois, les cons, les ex-hippies, sur fond de Pink Floyd (pire : sur fond de *The Wall*...).

Le problème est que tout cela a un petit air suranné qui sent bon son hasch – et les « fumeuses » années soixante dont il faudra bien revenir un jour...

Mais il y a là un écrivain : ça se sent. Question : l'écrivain se serait-il trompé de sujet ?

La langue est dépouillée, oui. La sincérité est totale, oui. L'abîme n'est jamais loin, oui.

Mais l'amorce est mouillée. Mais le héros, comme chez presque tous les nouveaux écrivains – et Gauthier n'en est pas un ! – est encore une fois un écrivain. Mais la fiction n'est encore que du récit de voyages.

Et l'écriture est faite pour autre chose.

L'écriture est faite pour la transgression, la rupture, la déviation, et la sortie de soi.

L'écriture s'effondre, qui n'est pas vite hantée par le centre noir dont parle Blanchot, et qui est tout ce pour quoi on écrit sans jamais pouvoir le dire.

L'écriture n'est pas là pour faire une beauté à l'auteur, ou « refléter des problèmes contemporains », ou servir de déversoir aux pensées intimes de monsieur X et de guide touristique à madame Y.

L'écriture joue des temps (et il y a de cela chez Gauthier, quand son héros raconte dans le détail ce que feront les corps, là, tout de suite, quand ils vont s'étreindre) s'offre à toutes les négations (« l'éternité est dans ce qui entre en moi et ce qui sort de moi trop vite pour que je le sache ») et court le risque de son propre effacement (« d'abord faire la conquête du silence »). C'est à ce prix que les phrases banales cessent d'être banales, et que nous émeuvent certains cris, certains appels.

« Repartir, je ne suis bien qu'à ce moment-là. »

« Cette lumière, je ne peux pas la donner. »

Pour cela, mais qui est très mince, il faut lire Gauthier.

Le meilleur, souhaitons-le, est encore à venir... ■

Richard Dubois

L'ajustement structurel en Afrique

au moment où les débats entourant l'endettement international et les programmes d'ajustement structurel des pays endettés prennent de l'ampleur, le volume de Gilles Duruflé (*L'ajustement structurel en Afrique*) permet de porter un regard serein mais combien inquiétant sur l'évolution de la situation dans trois pays africains au Sud du Sahara : le Sénégal, la Côte d'Ivoire et Madagascar.

Gilles Duruflé était bien placé pour entreprendre ces « études de cas » dans des pays où il a vécu et fait des études approfondies pour le Bureau des évaluations du Ministère français de la Coopération. Établi à Montréal depuis quelque temps, il est responsable du BIPE (Bureau d'information et de prévisions économiques).

Il y aura bientôt dix ans que le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque Mondiale lançaient les principaux programmes d'ajustement structurel qui devaient servir de processus de « sortie de crise ». En Afrique francophone, ces programmes ont aussi été mis en oeuvre avec la collaboration de la Caisse centrale de coopération économique de la France.

Les études de l'auteur démontrent de façon incontestable que les économies du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et

de Madagascar, pays qui ont accepté et mis en oeuvre ces « traitements de choc », ont à faire face à un avenir plutôt sombre. Comme les cours des matières premières restent dans l'ensemble déprimés, les recettes d'exportation de ces pays ne suffisent plus à faire face non seulement aux obligations liées à leur endettement extérieur mais aussi aux besoins fondamentaux de populations croissantes. On assiste à une dégradation des services de base (éducation et santé) et à une réduction des marges de manoeuvre des dirigeants locaux.

En réalité, un nombre croissant de pays africains sont effectivement placés « sous tutelle » avec des interventions et des contrôles extérieurs qui, dans trop de cas, accentuent plus qu'ils ne réduisent les déséquilibres. Les accords de confirmation signés par le Sénégal, la Côte d'Ivoire et Madagascar avec le FMI se ressemblent naturellement sur plusieurs points et impliquent à peu près les mêmes médecines : mesures globales de rééquilibrage (restriction de la monnaie et du crédit), réduction du déficit et des dépenses d'investissement, limitation des hausses de salaire, réduction du nombre de fonctionnaires, réduction des arriérés de paiements extérieurs et limitation des emprunts, suppression des subventions à la consommation, revalorisation des prix agricoles et industriels, réduction du nombre des sociétés d'État et encouragement à la privatisation.

Gilles Duruflé conclut que, malgré leur nécessité, ces ajustements ont entraîné tant de problèmes qu'ils ont suscité en même temps des découragements et un enlèvement qui, en fin de compte, ont marginalisé l'Afrique au Sud du Sahara. Il s'agit là d'un constat pessimiste mais qui reflète, à mon avis, la réalité. Il s'interroge enfin sur le rôle des actions du FMI, de la Banque mondiale et de la France, en soulevant lucidement des points d'interrogation sur

le rôle de la Zone franc dans l'évolution de la situation de ces pays.

Même s'il aurait pu aller plus loin dans l'analyse comparative, surtout dans sa conclusion, Gilles Duruflé a réussi à exposer de façon claire et succincte, les origines, la mise en oeuvre et les effets de l'ajustement structurel dans ces trois pays. Tout en reconnaissant que l'ajustement est une nécessité et que l'excès de la demande sur l'offre n'est pas soutenable et doit être corrigé, l'auteur s'interroge sur la permanence des blocages structurels et sur les limites des forces du marché en Afrique.

Il n'est pas inutile de rappeler que près d'une trentaine de pays africains sont maintenant engagés dans des programmes d'ajustement structurel. Les bilans, certes provisoires, sont inégaux mais, pour la plupart, décevants. Si, d'une part, des effets positifs ont été atteints au chapitre de l'évolution des taux de change, de la réduction des déficits publics et de l'amélioration des termes de l'échange en faveur des campagnes, on doit constater, d'autre part, que l'ensemble des pays africains au Sud du Sahara ont été incapables, dans ces processus, de concilier en pratique la nécessité de l'ajustement et le besoin de la croissance.

Le volume de Gilles Duruflé démontre, hors de tout doute, que l'on doit tirer les leçons de ces expériences douloureuses et que le moment est venu de recourir à des programmes plus réalistes, moins théoriques, plus différenciés, tenant davantage compte des aspects sociaux. Il ne reste plus qu'à souhaiter que son message soit mieux entendu, aussi bien en Afrique que dans les milieux internationaux concernés, notamment le FMI et la Banque mondiale. ■

Louis Sabourin
directeur du GERFI, ÉNAP-Montréal

références

Louis Gauthier,
Voyage en Irlande avec un parapluie, (1984) et
Le pont de Londres,
(1988); Montréal, VLB
éditeur.

Gilles Duruflé,
*L'ajustement structurel
en Afrique (Sénégal,*

Côte d'Ivoire, Madagascar), Paris, Éditions
Karthala, 1988; 207
pages.



Vous avez vu le reportage de l'émission Le Point de Radio-Canada sur la vie monastique des Dominicaines de Berthierville ? Superbe ! Une révélation sur la vie contemplative, son mystère, sa vérité.

Une image vaut mille mots, c'est sûr. Mais toutes les images du reportage ne sauraient remplacer la saveur du livre qui a incité Radio-Canada à réaliser ce dossier.

Ce livre c'est : ENTRE LE FLEUVE ET L'INFINI, d'Andrée Pilon Quiviger.

BELLARMIN-CERF 187 pages 12,00 \$



Éditions Bellarmin

8100, boul. Saint-Laurent
Montréal (Québec) Canada
H2P 2L9 — Tél.: (514) 387-2541

relations

avril 1989 2,50 \$ no 549

SOMMAIRE

face à l'actualité 67

Nouvelle politique de santé mentale (J.G. et M.P.) – L'économisme de nos sociétés (C.J.) – Le prochain maire de Québec (F.D.) – L'américanité des Québécois (Y.L.)

dossier 73

Francine Tardif	Médecine et société	74
Yvon Gauthier	La médecine moderne	75
Denise Couture	La partie n'est pas gagnée	78
Balfour M. Mount	Soigner toute la personne	81
Gilles Dussault	Jusqu'ouù aller ?	85

dépêches 88

article 89

Alain Parguez	Le jeu de l'austérité	89
---------------	-----------------------	----

lectures 93

Photographie de la page couverture : Paul Hamel

NOTRE PROCHAINE SOIRÉE RELATIONS

Pour renseignements, écrire ou télépho-
ner à Francine Tardif ou Pauline Roy :
387-2541.

Surveiller l'annonce qui paraît dans *Le*
Devoir, le jour même de la rencontre.

Le lundi 17 avril 1989, de 19h30 à 22h00, à la Maison Bellarmin
25 Jarry ouest (métro Jarry). L'entrée est gratuite.