

Nouvelles pratiques sociales



Une analyse critique de la *Politique de la Santé et du Bien-être*

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (MSSS)

Volume 6, numéro 2, automne 1993

Jeunes et enjeux sociaux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301234ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301234ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (MSSS) (1993). Une analyse critique de la *Politique de la Santé et du Bien-être*. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(2), 169–178.
<https://doi.org/10.7202/301234ar>

Résumé de l'article

Ce texte est un extrait d'un document produit en juin dernier par la Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (1993) qui regroupe pas moins de vingt-deux regroupements provinciaux. Le document a été rédigé par Françoise David et supervisé par un comité d'encadrement comprenant Yvette Brunet, Lorraine Guay, Jeanne Hubert et Robert Rodrigue. Il s'intitule : Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe! Il comprend une cinquantaine de pages et est structuré en trois parties et deux annexes. La première partie est un résumé du document ministériel. La deuxième partie, que nous publions ici intégralement, s'intitule « Une politique globale... qui aurait pu devenir un projet de société » et présente une critique globale de la Politique de la Santé et du Bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992). La troisième partie est consacrée à « quelques questions particulières ».



Une analyse critique de la *Politique* de la *Santé* et du *Bien-être*

*Table des regroupements provinciaux
d'organismes communautaires et bénévoles (MSSS)*

Ce texte est un extrait d'un document produit en juin dernier par la Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (1993) qui regroupe pas moins de vingt-deux regroupements provinciaux. Le document a été rédigé par Françoise David et supervisé par un comité d'encadrement comprenant Yvette Brunet, Lorraine Guay, Jeanne Hubert et Robert Rodrigue. Il s'intitule : *Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe!* Il comprend une cinquantaine de pages et est structuré en trois parties et deux annexes. La première partie est un résumé du document ministériel. La deuxième partie, que nous publions ici intégralement, s'intitule «Une politique globale... qui aurait pu devenir un projet de société» et présente une critique globale de la *Politique de la Santé et du Bien-être* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992). La troisième partie est consacrée à «quelques questions particulières».

Avant de nous livrer à une analyse critique de la *Politique de la Santé et du Bien-être* (MSSS, 1992), il nous paraît important de souligner que des pas significatifs ont été accomplis depuis la publication du document *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*, paru en avril 1989.

Nous verrons plus loin que l'analyse générale des problèmes sociaux et de santé tient largement compte des facteurs économiques, sociaux et culturels qui sont une responsabilité de société. En novembre 1989, Lorraine Guay écrivait ceci :

Est-ce que le fameux système centré sur la personne ne conduit pas, en fait, à ce que la personne se retrouve toute seule face au système? (Guay, 1989 : 48)

À l'époque, les moyens d'intervention retenus avaient tendance à évacuer presque complètement le contexte social dans lequel les gens vivaient. La *Politique* ne règle pas complètement ce problème, mais le ton est beaucoup moins culpabilisant. Par exemple, lorsqu'on aborde la délicate question des habitudes de vie, on tient compte davantage du milieu économique et social.

Une mauvaise alimentation serait à l'origine de 30 % des cas de diabète, de cancer et de maladie cardio-vasculaire. [...] Mais le régime alimentaire est parfois intimement lié aux moyens financiers. Le revenu dont disposent certaines familles ne leur permet pas toujours de manger suffisamment chaque jour. (MSSS, 1992 : 109)

Un autre pas significatif : alors qu'en 1989 la réalité vécue de façon spécifique par les femmes était quasi occultée, cette fois, elle est présente, dans tous les chapitres. Le portrait de la population québécoise est donc plus juste.

Par contre, nous devons relever une faiblesse majeure : la place insignifiante accordée aux problèmes particuliers que vivent les personnes des communautés ethniques. On mentionne ces communautés à deux reprises : dans le chapitre sur la délinquance et dans celui sur les groupes vulnérables. À notre avis, la présence de groupes de cultures diverses et d'origine autre que « canadienne-française » aurait dû traverser l'ensemble du document. Le Québec n'est plus une société blanche, canadienne-française et catholique. Les documents gouvernementaux doivent désormais en tenir compte dans toutes leurs descriptions et leurs analyses.

Quoi qu'il en soit, la *Politique de la Santé et du Bien-être* mérite d'être lue et commentée. La conception d'un peuple en santé ne sera plus jamais la même, au Québec. Au plan des concepts, on sort enfin de la logique uniquement biomédicale pour expliquer la maladie ou le mal-être. Le Ministère « récupère » en quelque sorte (et tant mieux !) les analyses avancées depuis longtemps par le mouvement communautaire. Il s'appuie aussi sur les travaux des chercheurs et chercheuses progressistes qui démontrent les liens inévitables entre les mauvaises conditions de vie et la maladie physique ou les problèmes de santé mentale. Par contre, nous l'avons constaté lors de l'adoption de la Loi 120, le gouvernement québécois recule devant la

nécessaire remise en question des pouvoirs médicaux et technologiques. Cette contradiction pèsera lourd dans la mise en œuvre, sur le terrain, de la *Politique de la Santé et du Bien-être*.

UN BEAU PROJET... QUI TOURNE COURT

La meilleure façon de procéder à une analyse critique de la *Politique de la Santé et du Bien-être*, c'est de commencer par la fin, c'est-à-dire par la conclusion du document. En effet, nous avons là un texte-choc qui établit clairement en quoi cette politique devrait constituer un véritable projet de société pour le Québec.

Quelle est la teneur de la conclusion du document ministériel?

La *Politique*... replace la santé et le bien-être dans leur contexte véritable : la société. Elle réaffirme au fond une évidence, que l'histoire nous avait maintes fois confirmée :

Les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité de l'environnement social et, de façon générale, à un accroissement de la prospérité [...] Tous les indices nous commandent aujourd'hui de déborder le cadre strict du système de services et de considérer les mesures sociales qui peuvent affecter la santé et le bien-être. (MSSS, 1992 : 185)

Le texte s'affaire aussi à démontrer qu'une population en bonne santé physique et mentale est un atout pour le développement économique du Québec. On mentionne que :

Le Québec éprouve actuellement beaucoup de difficulté à intégrer et à maintenir dans l'univers productif une proportion croissante de sa population : jeunes décrocheurs, chômeurs, femmes responsables de familles monoparentales, toxicomanes, personnes qui ont des problèmes de santé mentale, des incapacités, prestataires de la sécurité du revenu, itinérants. L'avenir des enfants et des jeunes aux prises avec de nombreuses difficultés d'adaptation et d'intégration sociales est préoccupant. (MSSS, 1992 : 186)

La boucle est donc bouclée. Un Québec où la population travaille, gagne un revenu décent, habite des logements convenables et vit dans un environnement sain, c'est un Québec où la population est vraiment à risque... d'être en bonne santé! De plus, des personnes en bonne santé participent de plain-pied au développement du Québec. En somme :

Si le sens de l'équité et de la justice sociale ne suffit pas à motiver l'adoption des mesures mises de l'avant dans la politique [...] peut-être l'intérêt général y parviendra-t-il. (MSSS, 1992 : 187)

Nous sommes pleinement d'accord avec une telle conclusion et la perspective globale qui s'en dégage. Nous nous attendrions donc à ce que le gouvernement québécois se dote de moyens véritables pour agir sur les causes structurelles de la pauvreté et des problèmes sociaux. La déception est grande lorsqu'on examine la stratégie qui porte justement sur les conditions de vie (MSSS, 1992 : 155-161).

Dans ce chapitre, on analyse avec beaucoup de justesse les effets de la pauvreté sur la santé des gens. On signale que la pauvreté croît, au Québec, surtout dans les familles ayant de jeunes enfants. La récession en est tenue responsable, de même que l'augmentation du nombre de familles monoparentales, la multiplication des emplois précaires, etc. *Mais le document passe sous silence les décisions gouvernementales qui aggravent les situations de pauvreté, comme les coupures dans les programmes sociaux.* Par ailleurs, le chapitre sur les conditions de vie est divisé en quatre thèmes dont on ne démontre pas l'interdépendance. Comme s'il n'y avait pas de lien entre l'insuffisance de revenu, la faible scolarisation, les problèmes de logement et le manque d'emploi! Résultat :

Pour s'attaquer au problème de l'insuffisance de revenu, le Ministre entend s'associer à ses collègues des autres ministères et organismes concernés par la pauvreté et la dépendance sociale qui en découle, afin de préparer au cours des prochains mois un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté visant prioritairement les familles ayant de jeunes enfants. (MSSS, 1992 : 157)

À cela, nous devons ajouter trois remarques importantes :

1. C'est à croire que l'entreprise privée n'est pas concernée par la question de la pauvreté au Québec. D'ailleurs, elle n'est à peu près jamais sollicitée, dans la *Politique*, à participer à l'effort social pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Pourtant, si l'on en croit les propos tenus par le Ministre, dans la conclusion, l'entreprise a tout à gagner d'un Québec « en santé ».
2. Nous avons affaire ici au « syndrome de l'entonnoir ». Cette maladie se caractérise par l'ampleur de l'objectif et la faiblesse des moyens. Ici, on note qu'on s'attaque à l'insuffisance du revenu par un plan d'action qui vise uniquement *les familles ayant de jeunes enfants*. On ne fait aucunement le lien avec le manque d'emploi et les difficultés d'accès à l'emploi pour les femmes, les jeunes ou les personnes appartenant à des minorités ethniques.
3. Les familles les plus pauvres sont monoparentales et c'est une femme qui a la responsabilité des enfants. Comment peut-on concevoir un plan gouvernemental de « réduction » de la pauvreté (pourquoi ne pas

y mettre fin, carrément ?) sans aborder des questions aussi cruciales que l'accès au travail pour ces femmes, les changements nécessaires à l'organisation du travail pour l'adapter à la vie familiale, l'augmentation des chèques d'aide sociale, etc. ? Ces mesures seraient, à long terme, bien plus efficaces et empreintes de dignité que les déjeuners des enfants pauvres dans les écoles...

Tout le monde sait bien que l'augmentation des revenus passe par des hausses de salaires à commencer par le salaire minimum. Elle passe aussi par une hausse des pensions, des chèques de chômage et d'assistance sociale. Plus fondamentalement encore, il s'agit de la création d'emplois stables et durables pour tous et toutes. Le Ministre en parle (MSSS, 1992 : 161), mais il ne semble avoir aucune idée de la façon dont son gouvernement va s'y prendre pour remettre le Québec au travail. Les dernières «trouvailles» du gouvernement nous montrent bien, d'ailleurs, que nos dirigeants n'ont aucune perspective globale en ce qui a trait au développement économique de notre province. L'ouverture des magasins le dimanche et l'implantation de casinos tiennent lieu de relance économique !

La vision large et juste, dans l'ensemble, du contexte sociétal dans lequel s'inscrit la *Politique* n'est donc qu'un discours qui manque de prise sur la réalité. Nous en avons pour preuve les gestes posés par le gouvernement provincial au cours des derniers mois qui vont à l'encontre d'un programme social fondé sur l'équité et la justice :

- La restriction de l'accès aux garderies pour les enfants de parents bénéficiaires de l'aide sociale. (L'aide financière est accordée seulement aux parents impliqués dans des mesures d'employabilité ou référés par une travailleuse sociale. Une aide financière est accordée seulement deux jours/semaine, sans condition.) Et pourtant, la *Politique* parle de favoriser l'accès aux garderies ! (MSSS, 1992 : 159)
- La mise en œuvre de la Loi 37 avec son cortège de mesures discriminatoires (coupures pour partage de logement, coupure pour refus de participer à une mesure, harcèlement des femmes assistées sociales par les super-enquêteurs de ministère de la Sécurité du revenu). La «Sécurité» du revenu vraiment ? Les personnes assistées sociales aptes au travail ne verront pas leur chèque indexé cette année.
- Les coupures fédérales à l'assurance-chômage faites avec la bénédiction de nos élus provinciaux.
- Les coupures dans les allocations de maternité (toujours Bourbeau !).
- L'imposition d'un «ticket modérateur» aux personnes âgées sur chaque médicament prescrit.

- Les coupures dans les soins dentaires aux enfants et dans les examens de la vue pour les 18-65 ans.
- Le maintien à un niveau très bas du salaire minimum.
- L'absence de mesures instaurant la perception automatique des pensions alimentaires.
- L'absence de mesures favorisant une véritable création d'emplois stables et durables.
- Le gel des salaires dans le secteur public et les hausses d'impôt déguisées qui frapperont durement les bas et moyens salariés.

Malgré un discours intéressant et documenté, nous ne devons donc pas nous attendre à ce que le MSSS propose au gouvernement du Québec de s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté. La seule piste qui semble porteuse d'espoir, c'est la préoccupation de l'abandon scolaire. Les ministères de l'Éducation et de la Santé semblent vouloir agir... Pour le reste, il faudra repasser.

Alors, que propose véritablement, *concrètement*, cette politique? *D'axer la majeure partie des efforts vers les milieux défavorisés, considérés globalement comme «à risque»*. Nous sommes devant un terrible aveu d'incapacité et de démission. Il y a de plus en plus de pauvres; on n'y peut rien, ou presque... Alors, tâchons au moins de rendre leur vie supportable. Et de cibler, de cibler sans arrêt, *quels pauvres on va aider!* Certains groupes reviennent d'ailleurs, dans presque tous les chapitres: les mères monoparentales et leurs enfants et les jeunes.

Bien sûr, ces groupes sociaux sont effectivement défavorisés et discriminés. Mais un véritable programme gouvernemental de lutte à la pauvreté, c'est autre chose que le ciblage de plus en plus pointu des groupes cibles appelés désormais «populations vulnérables». Mettre fin à la pauvreté qui casse le Québec en deux réclame l'avènement d'un projet de société qui va bien plus loin que soigner les plus mal-pris. Il faut repenser le marché de l'emploi, redéfinir la fiscalité et s'attaquer aux préjugés et au mépris envers ceux et celles qu'on qualifie trop souvent de parasites sociaux.

Cette logique mathématique a *l'apparence* du bon sens. En réalité, elle comporte plusieurs effets pervers. Tout d'abord, la détermination des «cibles» implique des recherches extrêmement coûteuses et sophistiquées, à la limite, irréalisables. En second lieu, ces recherches et les interventions subséquentes risquent fort d'augmenter le contrôle social sur les personnes dites «à risque».

Le programme OLO¹, par exemple, qui veut venir en aide aux femmes enceintes défavorisées, les astreint, en fait, à des visites régulières chez une professionnelle de CLSC. En troisième lieu, nous savons bien que dans la logique de réduction des coûts qui est celle de nos gouvernements, ils sont fort tentés d'agir uniquement auprès des «populations vulnérables». La promotion de la santé est donc remplacée par des mesures préventives et curatives qui ne s'adressent qu'aux groupes ciblés, toujours les mêmes. Par exemple, on ne travaillera pas à donner aux jeunes l'espace social et démocratique qui leur revient ; on interviendra plutôt auprès des jeunes «à problèmes». On coupe ou on gèle les budgets de l'éducation populaire qui permet pourtant à des personnes à faibles revenus d'acquérir un certain pouvoir sur leur vie et dans leur communauté. À la place, on prétend aider les plus «poquées» à survivre dans des ghettos où elles sont considérées comme citoyennes de deuxième classe.

SOIGNER QUI ET COMMENT ?

Nous arrivons ici à la fameuse question des groupes à risques et des clientèles cibles. L'image qui nous vient à l'esprit est celle d'une personne savante et très «gestionnaire» qui, à l'aide bien sûr d'un ordinateur, passe en revue les groupes sociaux et les problématiques, les classe, les décompose et détermine des priorités. Comme on s'inscrit dans une logique de résultats, il faut trouver la «cible», bien cerner ses caractéristiques et agir avec des moyens reconnus efficaces par d'autres savantes personnes.

Nous sommes très loin d'une conception qui fait de l'action sociale et communautaire le levier véritable d'une politique de la santé.

Si nous voulons vraiment, comme société, régler des problèmes sociaux ou de santé, la première condition, nous l'avons dit, c'est l'accès à l'emploi, à un revenu décent, à un logement vivable, à un environnement sécuritaire, pour toutes et tous. Mais il faut aussi donner aux communautés les outils économiques, sociaux et culturels pour que leurs membres puissent se développer aux plans collectif et individuel. Nous ne parlons pas ici de la tentation étatique de faire reposer sur l'individu seul la solution à son problème. Nous parlons d'une société où l'État permet à toutes les personnes de vivre normalement, où il soutient les dynamismes locaux et régionaux, la coopération

1. OLO signifie «œufs-lait-oranges». Ces aliments sont distribués aux femmes enceintes pauvres. Celles-ci sont souvent bénéficiaires de l'aide sociale. Notons que leur chèque est coupé à partir du septième mois de grossesse pour cause de non-disponibilité aux mesures d'employabilité !

entre communautés, l'éducation populaire. Nous parlons d'une situation où les citoyens et citoyennes sont responsables collectivement de la vie démocratique et sociale, en toute dignité. C'est une conception dynamique du bien-être, une façon de voir où la vie communautaire est au premier plan.

Nous sommes loin ici d'une simple logique de groupes cibles ou vulnérables. Bien sûr, notre société doit accorder une attention particulière aux plus défavorisés d'entre nous, sur quelque plan que ce soit. Mais des services sociaux et de santé axés sur l'urgence, le pire, l'épidémie... ne remplaceront jamais un projet de société.

Voyons maintenant à quoi aboutit, concrètement, cette priorisation des problèmes et des clientèles, nous voulons parler des fameux plans régionaux d'organisation de services, les PROS.

LES PROS, C'EST QUOI, ÇA ?

Les dix-neuf problèmes prioritaires identifiés dans la *Politique*, sont regroupés dans cinq champs d'activités :

- l'adaptation sociale ;
- la santé physique ;
- la santé publique ;
- la santé mentale ;
- l'intégration sociale.

Des programmes de services seront définis pour chacun des problèmes et mis en application dans les régions. En soi, l'idée est plutôt bonne. Toutes les personnes travaillant sur un problème ou avec une clientèle donnée, tentent de trouver ensemble des solutions. Il y a trois pépins :

1. Le premier, c'est le risque d'un découpage *excessif* de la réalité sociale. Les situations problématiques ont des liens entre elles et ont souvent les mêmes causes, économiques, sociales et culturelles. La *Politique de la Santé et du Bien-être* tient peu compte de ces liens, c'est ce que l'on constate en prenant conscience des moyens d'action envisagés.
2. L'instauration des PROS oblige les institutions du réseau à se concerter et à se recentrer sur des objectifs, ce qui est valable. Mais elle contraint les organismes communautaires à se retrouver « participants obligés » à des tables où ils auront peu de pouvoir. Déjà, la régionalisation commence à essouffler les organismes qui courent

d'une réunion à l'autre sans être remplacés, sans ressources matérielles et humaines pour leur permettre de se préparer adéquatement, sans reconnaissance véritable de leur approche globale, éducative et politique.

3. Il est assez clair que les problèmes et les groupes cibles retenus sont ceux que l'on juge *prioritaires*. C'est très inquiétant car les « oublis » de la *Politique* sont importants. Par exemple, le document ne mentionne pas le manque flagrant de services d'avortement pour les femmes. Est-ce à dire qu'il faudra attendre une autre politique pour que cette question soit prise au sérieux ?

ET LA PLACE DU COMMUNAUTAIRE ?

Dans la *Politique de la Santé et du Bien-être*, le mot « communautaire » est omniprésent : actions communautaires, initiatives communautaires, organismes communautaires... On parle aussi de communautés, de milieux de vie, de réseaux sociaux... De toute évidence, certaines idées se sont frayées un chemin, depuis les locaux des groupes communautaires issus du milieu et de certains intervenants en promotion de la santé jusqu'aux bureaux du Ministère. La société québécoise voit enfin reconnues et saluées des années de travail et de luttes.

Mais (malheureusement, il y a un mais!) le communautaire commence à être mis à toutes les sauces. Des institutions mettent sur pied et déterminent les orientations d'organismes à but non lucratif qu'elles qualifient de communautaires. Nous, nous les appelons « ressources intermédiaires ». Des CLSC mettent sur pied des groupes d'entraide. Sont-ils communautaires ? Est-ce que tous les projets issus du milieu le sont ?

Sans vouloir caricaturer, nous avons parfois l'impression que le vocable « communautaire » recouvre n'importe quel regroupement de deux personnes ou plus à la seule condition qu'elles n'appartiennent pas au réseau ou qu'elles soient situées hors des murs de l'institution.

Pourquoi devons-nous faire preuve de vigilance sur ce point ? Parce que les organismes communautaires se définissent clairement comme des acteurs incontournables du changement social. Ils font partie d'un mouvement, en fait, l'un des mouvements sociaux les plus importants au Québec. Malgré leur diversité et leur pluralité, ils partagent entre eux :

- une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société ;

- une approche qui considère la personne comme un tout ;
- la capacité de répondre de façon différente à de nouveaux besoins ;
- une conception plus égalitaire des rapports entre intervenants et usagers ;
- le même enracinement dans la communauté ;
- une vision « politique » du service ;
- des pratiques différentes d'exercice du pouvoir ;
- le désir de faire advenir une société plus égalitaire (Guay, 1989).

Les organismes communautaires veulent que cette définition de leur identité soit comprise et respectée. Cela nous paraît parfaitement logique dans l'optique où nous refusons d'être seulement des distributeurs de « band-aid », si rentables et soulageants soient-ils. Notre travail d'éducation et de mobilisation doit être pris en compte et soutenu, autant que le service, et même le service doit être vu comme porteur de changements individuels et collectifs.

Par exemple, même si nous reconnaissons que la distribution d'aliments est indispensable en ce moment, pour beaucoup de gens, nous préférons grandement bâtir des projets comme les cuisines collectives. Ces projets regroupent les gens et les mobilisent dans la recherche de solutions, non pas individuelles mais sociales.

Évidemment, reconnaître ce rôle au communautaire, c'est accepter que la classe dirigeante se fasse contester, remettre en question, interpeller... Pourquoi pas ? La santé de notre vie démocratique est à ce prix.

Bibliographie

- GUAY, Lorraine (1989). *L'Avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux*, Montréal, L'R des Centres de femmes et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*, Québec, MSSS, avril.
- MSSS (1992). *La Politique de la Santé et du Bien-être*, Québec, MSSS, juin.
- TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (1993). *Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe ! Une analyse critique de la Politique de la Santé et du Bien-être*, Montréal, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (MSSS), juin.