

Présentation

Volume 9, numéro 1, avril 1977

La gestion de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001072ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001072ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1977). Présentation. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 3–6.

<https://doi.org/10.7202/001072ar>

Présentation

C'est un des paradoxes des temps modernes qu'il soit maintenant devenu possible de parler de *la gestion de la santé*, comme si la santé et la maladie pouvaient être « gérées », tel un commerce ou une manufacture. Une telle expression n'est pas seulement une formule syncopée signifiant « la gestion des soins de santé ». C'est aussi le symbole de l'équivalence presque absolue que les sociétés dites modernes ont établie entre la bonne santé et la consommation de l'expertise professionnelle et de la haute technologie hospitalière, connues sous le vocable de « services de santé ».

Au cours du XX^e siècle, les sociétés ont développé une façon radicalement nouvelle de prendre en charge la maladie et la mort. Il y a quelques décennies à peine, le traitement des maladies était laissé à des individus possédant des formations très diverses qui, tant bien que mal, essayaient de soulager et de guérir. Comme l'écrivait un médecin de l'Université Harvard, Lawrence Henderson, c'est « quelque part entre 1910 et 1912, qu'un patient choisi au hasard avec une maladie quelconque a, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, plus d'une chance sur deux de bénéficier d'une rencontre avec un médecin ».

Avec les premiers succès de la vaccination et de la chirurgie, et le développement de la pharmacopée, la médecine dite scientifique obtint un monopole quasi total sur la définition de la maladie et sur les modes de traitement et de prévention. C'est alors que l'enseignement de la médecine fut standardisé et que les hôpitaux cessèrent en partie tout au moins, d'être de vulgaires entrepôts pour les fous et les indigents. Quant à la pratique médicale, elle s'exerçait sur un marché libre, sans entraves autres que professionnelles.

Puis, avec l'expansion phénoménale de l'appareil hospitalier après la guerre, on vit apparaître de très nombreuses spécialités médicales et para-médicales, de même qu'un

rôle social tout à fait nouveau: celui d'administrer et de coordonner les hôpitaux. Enfin, ce fut au tour des hauts fonctionnaires gouvernementaux de se mêler de ce que l'on appelait de plus en plus le « système » de santé, suite aux subventions toujours plus nombreuses que l'État accordait par ses programmes d'assurances, à la consommation des soins. Ainsi, à la dyade souvent romancée d'antan, du médecin et de son malade, a succédé une industrie gigantesque qui doit répondre à des impératifs de contrôle des coûts, d'administration et d'organisation qui sont comparables à ceux des grandes entreprises industrielles.

Aujourd'hui, ce sont les sciences sociales qui ajoutent leur voix. C'est une voix qui est souvent iconoclaste parce qu'elle remet en question les prémisses épistémologiques, politiques et économiques sur lesquelles s'est édifiée cette industrie et parce qu'elle soulève des enjeux fondamentaux quant à son évolution future.

Ce n'est qu'au début des années 1950 que les sociologues commencèrent à s'interroger en grand nombre sur le rôle du patient, sur la relation patient-médecin et sur les corrélats sociaux de la maladie. Puis, l'hôpital et son organisation interne, les conflits de rôles, les problèmes de socialisation à une profession, devinrent sujets d'analyse. En fait, jusqu'à récemment, la sociologie de la santé n'était que sociologie médicale, préoccupée davantage de venir en aide aux médecins et aux administrateurs, que de développer une perspective qui soit authentiquement indépendante et critique. Pendant longtemps, exception faite de quelques franc-tireurs, les thèmes des recherches étaient ceux auxquels les praticiens eux-mêmes accordaient de l'importance, sans que ne soient remises en question les perspectives à partir desquelles cette importance était déterminée. Les postulats des travaux étaient directement empruntés aux politiques administratives, aux catégories de la médecine ou à l'idéologie des professionnels, sans que le sociologue ne s'accorde le même genre de détachement et d'œil critique qu'il développe spontanément quand il examine, par exemple, la médecine primitive. Bref, la sociologie de la santé s'est longtemps définie comme une autre profession para-médicale.

Cette sociologie tente depuis quelques années de se sortir des ornières à l'intérieur desquelles elle s'était enfermée. Elle se réapproprie le contexte économique, politique et culturel qui définit les rôles, qui détermine les maladies et qui fournit les ressources pour les traiter. Dans ce mouvement de réappropriation du phénomène global de la santé, de la maladie et de la médecine dans les sociétés capitalistes avancées, elle pose de nouvelles questions et elle réinterprète les réponses traditionnellement données aux anciennes questions. Elle fournit ainsi à la planification à long terme un guide plus utile et plus sophistiqué que l'approche traditionnelle qui était rivée aux institutions médicales et aux préoccupations immédiates des gestionnaires, gouvernementaux et autres. C'est dans cette nouvelle perspective que travaillent la plupart des auteurs qui écrivent dans ce recueil.

McKnight, dans le premier essai, soutient que l'idéologie humaniste du professionnalisme contemporain sert avant tout à masquer les intérêts des professionnels eux-mêmes et à camoufler les impératifs de croissance économique des sociétés « modernes ». Il montre comment la manipulation des symboles d'amour et de besoin par les professionnels, conduit à la fois au développement économique et à l'abrutissement généralisé des populations humaines. Grâce à la sollicitude des professionnels qui trouvent sans cesse plus de besoins aux individus, ces populations deviennent incapables de vraiment se prendre en charge, évacuant ainsi des débats publics les enjeux politiques les plus fondamentaux.

Dans la même ligne de pensée, Mottez nous montre comment la lutte sans cesse renouvelée des professionnels contre les déficiences physiques incurables peut conduire à une augmentation du handicap social de ceux-là mêmes que l'on prétendait aider. Telle une arme à double tranchant, la prise en charge par la société de ses responsabilités envers les handicapés va souvent — par l'intolérance qui s'en dégage et que le professionnalisme camoufle — à l'encontre de l'insertion sociale des handicapés et de leur propre bonheur. Il donne l'exemple des sourds dont l'éducation a été envahie par des préoccupations thérapeutiques au détriment de la qualité de leurs vies.

Bozzini et Contandriopoulos examinent deux aspects fondamentaux de la dominance de la profession médicale dans le contexte québécois: l'extension indue de son champ d'expertise et de juridiction sur les conditions économiques et sociales de son activité, et le très grand écart entre l'idéologie professionnelle toute orientée vers le service et la réalité d'une pratique médicale souvent conditionnée par des intérêts mesquins. Avec force données, ils démontrent que la profession médicale s'arroge des droits et des privilèges qui sont objectivement contestables. Une foule de facteurs expliquent cette dominance souvent injustifiée. L'immense prestige de la profession, son expertise technique, le cadre traditionnellement mercantile de la pratique médicale, et la mentalité clinique des professionnels, en constituent, suggèrent-ils, les causes les plus importantes.

Avec l'étude de McDonald, McDonald et Enterline, nous abordons une deuxième facette du problème de la santé et de la maladie: les politiques de l'État. Ces auteurs font part des résultats de plusieurs sondages sur les conséquences de l'introduction d'un programme universel d'assurance-maladie au Québec. Ils comparent la situation qui prévalait avant l'implantation de ce programme à celle qui existe ensuite. Ces sondages révèlent l'impact redistributif considérable de ce programme quant à l'utilisation des services de santé, des changements importants dans le mode de fonctionnement des médecins, et une augmentation de l'usage des salles d'urgence et de certaines interventions chirurgicales, sans que ceci ne conduise à des changements dans les taux d'admission aux hôpitaux.

S'interrogeant sur les postulats sous-jacents au document du gouvernement fédéral qui est intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Billette examine plus en détail l'impact redistributif réel des programmes gouvernementaux. Il constate que l'état de santé des classes sociales moins privilégiées est de beaucoup inférieur à celui des classes bourgeoises et que les diverses politiques de l'État n'arrivent pas à corriger cette situation. Les assurances médicales, les programmes de lutte contre la pauvreté et les paiements de transfert ont certes un certain impact redistributif, mais ils sont incapables de remédier à la maldistribution du travail, du revenu et du pouvoir qui est à la racine des inégalités de santé.

Dans le sixième article, Simard se penche sur les conditions de travail comme sources de ces inégalités. Il nous livre les résultats d'une étude concernant une entreprise textile où existe un horaire rotatif de travail. Dans cette entreprise, les ouvriers qui sont soumis à cet horaire, accusent certains problèmes de santé, de façon beaucoup plus fréquente que ceux qui travaillent sur un horaire régulier de jour. Cette recherche indique que les politiques en matière de santé au travail doivent s'attaquer, non seulement à la toxicité de certaines matières industrielles, mais aussi à l'ensemble des conditions de travail. En somme, elles doivent s'attaquer aux fondements mêmes d'une économie toujours plus obsédée de croissance et de productivité.

Les politiques de santé suivent des cheminements fort différents d'un pays à l'autre. Les deux derniers articles décrivent et essaient d'expliquer l'évolution des interventions de l'État en matière de santé aux États-Unis et au Québec.

Les États-Unis sont aujourd'hui le théâtre de luttes véhémentes dans le domaine de la santé. Elles se manifestent dans l'organisation du travail, dans l'organisation générale des services de santé et à propos du rôle de l'État. Analysant ces luttes, Krause présente les principaux acteurs, leurs ambitions, leurs idéologies et leurs manœuvres, et il montre comment le résultat des luttes est, dans une grande mesure, déterminé par l'économie politique à l'intérieur de laquelle elles s'insèrent. L'État possède une certaine autonomie d'action, mais les intérêts profondément enracinés du capital limite son champ d'interventions à des camouflages des contradictions fondamentales.

Enfin, dans le dernier essai, j'examine les *réformes Castonguay* au Québec. Replaçant ces réformes dans le contexte des autres réformes de la « Révolution tranquille » et les comparant aux réformes ontariennes, il appert que l'État québécois a développé, au cours des années 1960, un style politique de gestion des crises qui lui est particulier, et qu'il a toujours été incapable d'atteindre les grands idéaux socio-démocratiques qu'il a constamment mis de l'avant et tenté de réaliser de façon autoritaire. Ces phénomènes renvoient aux caractéristiques propres aux rapports entre les classes sociales au Québec et à l'existence de contraintes structurelles encadrant les interventions de l'État dans les sociétés capitalistes.

Les textes présentés dans ce numéro — qu'ils traitent de l'impact du professionnalisme ou des politiques gouvernementales en matière de santé — posent tous, au fond, la même question: dans ce mouvement de l'histoire par lequel les problèmes de santé et de maladie sont devenus des problèmes de gestion administrative et politique, est-il possible de découvrir des voies qui conduisent à une amélioration en profondeur de la justice sociale, de la qualité de la vie et, ainsi, de l'état de santé de la population? C'est à cette question que les sociologues de la santé — qui se réapproprient le problème de la santé dans l'ensemble de ses composantes épistémologiques, politiques et économiques — peuvent peut-être apporter une contribution*.

*Je voudrais remercier Marie Brière, Jacques Dofny, Carole Hébert et Madeleine Robert de l'aide technique et éditoriale qu'ils m'ont apporté dans la préparation de ce numéro.