

Le mirage de l'innovation technologique

Paul Morin

Volume 20, numéro 1, printemps 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032329ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032329ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Morin, P. (1995). Le mirage de l'innovation technologique. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 7–16. <https://doi.org/10.7202/032329ar>



Éditorial

Le mirage de l'innovation technologique

Paul Morin*

«...ce qui est condamnable dans l'idée de société de masse...c'est la priorité qu'elle tend à accorder aux objets sur les relations sociales.» (Alain Touraine)

«L'obsession de la gestion est le signe le plus clair de ce nouveau conservatisme» (Fernand Dumont)

En décembre 1994, les médias dévoilent que le gouvernement du Québec «gèlera» pour les trois prochaines années le budget de la Santé et des services sociaux et celui de l'Éducation, deux ministères qui totalisent 24 milliards \$, soit 54,6 pour cent des dépenses gouvernementales. Le piteux état des finances publiques est invoqué pour justifier une telle croissance zéro; l'objectif est d'équilibrer le budget d'opération de la province en 1997-98. En Santé et services sociaux, cela représente des compressions de 350 à 400 millions \$ par année.

Lors de la présentation de ses crédits à l'Assemblée nationale, le nouveau ministre, Jean Rochon, est très explicite quant à la nécessaire stabilisation des budgets et au redéploiement des ressources: «On n'a plus le taux de croissance qu'on avait parce que notre économie et la gestion de notre dette ne nous permettent pas d'utiliser le taux de croissance de l'augmentation de notre produit national brut pour le redistribuer à nos budgets de programmes pour les quelques prochaines années. La stratégie repose d'abord sur une transformation des façons de faire, des modes d'intervention, des façons de gérer le système et d'assurer la distribution des services.» (1995 a)

Ce recours à la rationalité budgétaire afin de gérer la conduite des affaires publiques s'inscrit dans l'ère du temps (Laurens, 1995). On peut l'interpréter comme le terme d'un processus, suite logique de la Com-

* M. Morin, Ph. D., est chargé de cours à l'École de service social de l'Université de Montréal. Il est aussi coordonnateur du Collectif de défense des droits de la Montérégie. Il remercie Yves Lecomte et Yvon Lefebvre pour leurs commentaires.

mission Rochon et de la réforme Côté, mais il était inévitable que la transformation du système soit associée à des coupures à partir du moment où la crise des finances publiques y joue le rôle d'un puissant accélérateur. D'autant plus que le réseau vivait déjà à l'enseigne du «Défi Qualité Performance» et du leitmotiv dominant: «Comment faire mieux avec moins.»

Tout était en place pour le scénario habituel des conflits en santé et services sociaux. Ces conflits sont d'autant plus dramatisés que l'hôpital, pilier du système, voit son rôle modifié en profondeur. Administrateurs, syndicats, corporations professionnelles, organismes communautaires, groupes de pression, tous ont participé aux débats puisque la reconfiguration du système constitue un moment stratégique important. Depuis la réforme Castonguay-Nepveu, en effet, peu de moments ont été aussi cruciaux. Un danger évident est de procéder à une ponction d'argent sans transformer le système et ses pratiques.

Il importe de jeter une lumière critique sur un phénomène qualifié d'incontournable dans les plans de reconfiguration: *le virage technologique*. Empruntant à la critique socio-politique de «l'esprit gestionnaire», nous ferons l'analyse d'un de ses principaux corollaires: la colonisation du social par la technique (Balandier, 1994). Le discours du ministre Rochon au colloque de l'Association des hôpitaux du Québec (1995) nous offre un point de départ, car il est caractéristique de cette vision techniciste. Les nouvelles technologies y servent d'outil de rationalisation des forces productives sans que soient changés les rapports sociaux dominants. Or, ces technologies, en durcissant les rapports sociaux, exacerbent les conflits.

Ce nouvel âge électronique en santé et services sociaux a été analysé par le biais du plan de reconfiguration adoptée par la Régie régionale de Montréal Centre. Fruit d'un «important travail de l'appareil technocratique» (Confédération des Syndicats Nationaux [CSN], 1995), ce plan est d'autant plus crucial que cette région absorbera 42,64 pour cent du total des compressions en 1995-96, soit 190 millions \$.

Nous serons d'autant plus attentifs à la primauté donnée à l'innovation technologique et aux bienfaits qu'elle est censée apporter dans le redéploiement des ressources, que la pharmacopée, symbole de la science triomphante, exerce une quasi-hégémonie sur les modes de pratique en santé mentale. Dans ce contexte, le renouvellement des approches, cœur de toute réforme, nous apparaît-il bien limité.

Comme la carte bancaire

L'allocution du ministre, le 18 mai dernier, au XXXI^e Congrès de l'A.H.Q. nous est apparue comme un exemple pertinent du discours gouvernemental. Sa trame vise à convaincre l'auditoire que toute «cette opération n'a pas été conçue pour répondre à des impératifs budgétaires...» Au contraire, la transformation envisagée constitue «un véritable changement social et un défi de société» (1995 b). La phase de transformation est présentée comme la suite logique de travaux antérieurs, et non comme une opération comptable improvisée faite pour se plier aux normes de l'économisme ambiant. Le déséquilibre dans l'offre de services y est illustré de la façon suivante :

«...42% du budget de 12.9 milliards est consacré aux centres hospitaliers de courte durée, il s'agirait du plus haut pourcentage au monde... L'objectif, tant à Montréal qu'à Québec, consiste donc à rééquilibrer les choses et à réduire d'environ 50% le nombre de lits de courte durée en surplus qui s'y trouvent et qu'on devrait transformer.» (1995 b)

Trois grands axes d'évolution du réseau sont identifiés par le ministre : sa décentralisation, la dérèglementation du système et une action sur les déterminants de la santé et du bien-être. Cette évolution anticipe un avenir où prédominent les innovations technologiques, la réorganisation de la société autour des réseaux de communication et d'information et la nécessité de renforcer le milieu de vie des patients. Trois caractéristiques doivent marquer la manière de réaliser ce projet de société : elle doit être démocratique, équitable et rationnelle.

Le virage technologique symbolise clairement pour Rochon le progrès que l'on ne peut arrêter. Il ne craint même pas de comparer la carte bancaire avec la carte magnétique ; cette dernière représente pour lui un exemple patent d'un avenir rendu possible grâce à la technologie.

«...notre système de santé serait virtuellement dans notre foyer... Cette carte vous donnerait accès au système avec toute l'information ; on peut même imaginer qu'avec un modem branché à votre TV, vous pourriez avoir une consultation interactive avec votre médecin, à la clinique ou au CLSC... [Cela] nous permettrait, un peu comme sur l'Internet, d'entrer n'importe quand sur le réseau intégré de services afin d'assurer une continuité et de guider la personne au bon moment, au bon endroit pour le type de services dont elle aurait besoin.» (1995 b)

Cette médecine à distance constitue un magnifique exemple d'une tendance globale de nos sociétés : la création d'un «imaginaire technique de l'électronisation de la relation» rendue possible par le développement des réseaux de communication. (Ehrenbergh, 1995)

Le ministre n'a pas eu le même souffle pour illustrer les stratégies qui permettraient le développement local, en liaison et en complémentarité avec le réseau. Quant aux pratiques, il souligne qu'elles seront nombreuses à être modifiées, mais «que ce sont les professionnels et les établissements qui vont eux-mêmes faire les modifications nécessaires». Cette modification, ce n'est «pas le gouvernement ou la bureaucratie qui va l'imposer.» (1995 b)

Pour le ministre, tout ceci est cohérent et progressiste. Ainsi, afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, l'État doit rester un levier important. L'impact des facteurs sociaux, économiques et culturels sur l'étiologie des maladies constitue donc une donnée de base de la réforme. Acte est pris «qu'il existe peu ou pas d'évidence à l'effet que produire plus de services, de services de plus en plus sophistiqués et de services de plus en plus coûteux, conduit à une amélioration de la santé de la population» (Lamarche, 1995). Malgré tout, la démarche préconisée nous apparaît correspondre à ce nouveau conservatisme mentionné par Fernand Dumont.

La rationalité technocratique, alliée au culte du progrès, entretient, en effet, le mythe de la neutralité de la technologie et des experts. Pourtant, la technologie est une manière de produire du sens. L'avancée technologique du virtuel que le ministre appelle de tous ses vœux ne fait que renforcer le renversement du sujet par l'objet. L'immersion du sujet dans l'image constitue une rupture radicale dans l'histoire de la représentation. Ces technologies de la médiatisation qui provoquent une crise de la notion de réalité nous entraînent dans un dédale d'illusion. Cette puissance accrue du regard est nouvelle en ce sens que nous sommes littéralement embarqués dans cette civilisation de l'image. La technologie constitue ainsi l'élément transformateur essentiel de nos capacités perceptuelles et intellectuelles qui conduit à «ce que l'effet du réel supplante la réalité immédiate» (Roy, 1990). Notre rapport au temps et à l'espace est ainsi modifié de façon substantielle.

En qualifiant de crise économique la période actuelle, nous nous empêchons de saisir la globalité de la crise et de ses aspects novateurs. Elle «exprime l'échec d'un état d'esprit, d'un système de pensée, d'une culture» (Julien, 1994). En santé et services sociaux, la réforme risque fort de s'enliser, car elle est imprégnée d'un esprit gestionnaire où rationalité technique et instrumentale rime avec progrès scientifique et matériel. Les travaux de reconfiguration du système témoignent, selon nous, de cette limite inhérente à la démarche. En santé mentale, cela nous rend évidemment des plus réservés dans nos attentes, malgré l'accent que

l'on met, dans les planifications régionales, sur les alternatives à l'hospitalisation.

Le virage technologique

Les termes utilisés par la Régie régionale de Montréal Centre dans les documents de consultation illustrent clairement l'importance accordée à la science et à la technologie dans la nécessaire transformation du système de services. Le développement technologique, tout en étant un facteur de déséquilibre de l'organisation actuelle des services, ouvre la voie à un nouvel équilibre. Ainsi l'offre de services pourra être corrigée grâce «...à une évolution technologique fondamentale qui amènera une modification du concept même d'hôpital...» (1995 a). La Régie identifie le virage ambulatoire des hôpitaux comme provenant «pour l'essentiel de l'évolution de la médecine et de la technologie» (1995 a). L'apport de la technologie est tel qu'on la crédite déjà pour ces «changements dans les pratiques professionnelles des médecins qui permettront de changer les pratiques institutionnelles et de voir diminuer de façon importante le nombre de lits nécessaires.»

En santé mentale également, cet apport est souligné: «L'évolution des technologies et des approches dans le domaine des soins de santé mentale nous offre donc la possibilité de retrouver un nouvel équilibre en s'appuyant sur une meilleure continuité des services» (1995 a). La Régie dresse, en effet, un sévère constat de l'organisation de ces services, presque essentiellement curatifs à l'hôpital et peu accessibles dans la communauté. Cependant, le mirage des technologies empêche la Régie de saisir un grave paradoxe: l'état de situation qu'elle dénonce s'appuie justement sur un modèle scientifique de traitement des troubles de santé mentale. La pharmacopée triomphante en est le principal support, au point que nous assisterions à «la fin de l'idée de guérison en santé mentale» (Ehrenbergh, 1995).

L'approche qualifiée de pragmatique par le ministère et les Régies ne peut donc que se révéler insuffisante face au défi du renouvellement des pratiques. Car les approches où la médication n'occupe pas un rôle central continueront à être disqualifiées par les professionnels en autorité.

L'idéologie scientifique

Pourtant, la nature et les limites de la psychiatrie ont toujours été incertaines et changeantes. L'histoire de cette discipline se caractérise en effet par une oscillation entre les approches biomédicales et psycho-

sociales. Depuis une quinzaine d'années, cette profession accentue la dimension neurophysiologique des troubles de santé mentale, au détriment de la vision communautarisante et de la diversité des approches prônées dans la *Politique de santé mentale*.

Tellement que certains psychiatres « considèrent désormais presque comme un non sens de parler avec leurs patients, car pour eux tout est dans la biologie moléculaire » (Lehman, 1992,1). L'illusion scientifique en psychiatrie fait donc fureur. Elle avance d'autant mieux masquée qu'elle s'appuie sur une valeur prétendument sûre : les progrès de la médecine. L'autorité de l'expert ne saurait être questionnée puisqu'il s'agit de maladies endogènes. La psychiatrie est alors tout simplement une branche de la médecine parmi d'autres. Quant aux tenants d'une alternative à ce type de psychiatrie, ils se rattacheraient à une position idéologique plutôt qu'à la science. Le Dr. F. Borgeat, directeur du département de psychiatrie à l'Université de Montréal, exprime clairement cette idée : la méthode scientifique ne peut s'accommoder de l'illusion communautaire, seul le développement des cliniques représente une voie d'avenir.

« Force est maintenant de constater que la prévention, qui constituait l'un des premiers objectifs de l'approche communautaire, a toujours été une illusion... En fait cette philosophie communautaire de la prévention reposait sur une idéologie sociale de la maladie mentale et de ses causes... Ainsi la psychiatrie communautaire n'a jamais pu réaliser l'un de ses objectifs de base, la prévention, en se rapprochant de la communauté. Bien au contraire, elle a créé une structure de services psychiatriques qui s'est avérée très peu propice à la recherche. Or seule la recherche peut éclairer les causes et les mécanismes de la maladie mentale... La pratique de secteur ne donne pas l'occasion aux cliniciens d'approfondir certaines problématiques, ce qui les empêche d'acquérir une expertise particulière et de constituer une *cohorte homogène* [nous soulignons] de patients, éléments essentiels au développement d'activités de recherche clinique. » (1994).

Ce vent de médicalisation place, de fait, au premier plan des préoccupations de recherche, l'évolution des connaissances biologiques, seul garant d'une démarche scientifique. Comment expliquer alors, à la lumière de la thèse génétique, que la fréquence des diagnostics de troubles maniaco-dépressifs ait augmenté de plus de 400 pour cent en Amérique du Nord entre 1972 et 1988? Cette tendance, on le comprendra, n'a rien à voir avec la propagation naturelle d'une maladie d'origine génétique. Elle relève plutôt de la popularité croissante du lithium et des changements dans les critères diagnostiques en psychiatrie (Cailloux-Cohen et Cohen, 1995).

De même, la popularité de la nouvelle génération d'anti-dépresseurs constitue incontestablement un phénomène de société. Ainsi le *prozac* introduit en 1988 par la compagnie Lilly a généré des ventes mondiales annuelles de 1,2 milliards \$ en 1993 pour devenir l'anti-dépresseur le plus vendu au monde (*Newsweek*, 7-2-94). Au point où l'on n'hésite pas à mentionner l'avènement d'une culture légale de la drogue (*New York Times*, 12, 12, 93).

Le médicament constitue ainsi un enjeu clinique et socio-politique de poids en cette fin de siècle. Les auteurs du *Guide critique des médicaments de l'âme* (Cailloux-Cohen et Cohen, 1995) le situent d'entrée de jeu en introduction :

«...nous sommes au seuil d'une époque où les innovations technologiques dans ce domaine vont faire déferler sur nous une avalanche de molécules miracles qui nous permettront à tous, jeunes et vieux, hommes et femmes, sérénité spirituelle et adaptation sociale. Cependant un bref regard historique suffit à nous avertir que ces tendances, liées aux normes et aux valeurs propres à chaque culture, ne comportent pas que des retombées positives. Combien de traitements miracles pour la détresse psychologique ont été introduits et louangés par les experts et les élites avant d'être abandonnés, mais pas avant d'avoir produit leurs ravages.»

L'efficacité des alternatives à la médication pour les personnes ayant des troubles sévères et persistants de santé est pourtant documentée dans plusieurs recherches (Karon, 1989; Ciompi et al., 1992.). L'influence des neuroleptiques sur la qualité de vie des personnes schizophrènes constitue également un thème de recherche crucial mais pourtant carrément négligé (Cohen, 1994).

Cette idéologie scientifique s'appuie sur une vision cartésienne de l'homme où un fossé a été creusé entre le corps et l'esprit. Le neurobiologiste Damasio, auteur de stimulantes hypothèses sur le rôle de la perception des émotions dans la mise en œuvre de la faculté de raisonnement, critique cette vision, qui est incapable de rendre compte de la complexité des phénomènes mentaux. Cette conception faussée de l'organisme humain « combinée à l'inflation des connaissances et à une tendance accrue à la spécialisation, concourent à diminuer la qualité de la médecine actuelle plutôt qu'à l'augmenter » (Damasio, 1995).

L'innovation sociale

Une Politique de santé mentale doit viser la transformation du pouvoir médical et de l'organisation technocratique et bureaucratique à l'intérieur des institutions. Elle doit également promouvoir un autre modèle de clinique qui ait réellement un impact sur le milieu. Ainsi, en

Montréal, une ressource de la Rive-sud mise sur pied spécifiquement pour réinsérer des personnes psychiatriquées séjournant depuis plusieurs années en département de psychiatrie d'un hôpital de courte durée, ne reçoit plus de références. Motif: les psychiatres du département n'approuvent pas le mode de traitement en vigueur dans la ressource. Conforté dans sa certitude scientifique, le pouvoir médico-psychiatrique refuse tout dialogue.

Les responsables gouvernementaux devront donc prendre conscience qu'on ne peut concilier impunément, dans le champ de la santé mentale, idéologie scientifique et alternative à l'hospitalisation. Le principe de réalité l'emporte, l'outil devient une fin en soi, et les nouvelles approches n'arrivent pas à s'implanter devant le règne de l'expert.

La C.S.N. fait œuvre utile en dénonçant les pratiques médicales et le lobby des compagnies pharmaceutiques. Cependant les préoccupations des syndiqués concernant la dégradation de leurs conditions de travail occupent tout le devant de la scène. Le récent « bilan syndical » de la désinstitutionnalisation en témoigne (C.S.N., 1995). Surcharge de travail, multiplication des agressions et maladies de travail en constituent les thèmes dominants. Le gouvernement y est vu comme le grand responsable, suite à ses compressions budgétaires. On focalise sur les conditions de travail en mettant en sourdine tout questionnement de l'outil de travail.

L'irruption des technologies de pointe bouleverse les relations entre les individus. Faire abstraction de cette donnée en santé mentale, milieu s'il en est un qui devrait être particulièrement attentif à tout ce qui concerne les difficultés de communication entre individus, relève du mythe de Sisyphe. Le ministre Rochon reconnaît les limites de la technologie (Dufresne, 1995) mais du même souffle il lie le redéploiement des ressources à cette même technologie, incontournable, qui ne fait que renforcer la position d'autorité de la profession médicale. Comment la population peut-elle s'y retrouver?

Ainsi, Jean Rochon mentionne la nécessité de renforcer les solidarités sociales au Québec, mais son premier ministre n'hésite pas à créer un Secrétariat à l'action communautaire (S.A.C.), orientation vivement dénoncée par le milieu qui y voit une « institutionnalisation du communautaire » (Table des regroupements, 1995; R.R.A.S.M.Q., 1995). De même, les coupures draconiennes à l'Office de protection du consommateur, la réforme préconisée de l'Aide juridique sont révélatrices d'un état d'esprit où la rationalisation budgétaire prime sur le respect des droits de la personne.

Obnubilé par la souveraineté politique, le mythe de l'entrepreneurship, l'innovation technologique et la crise des finances publiques, le gouvernement néglige l'essentiel: les relations sociales, clef de toute innovation. Sa vision techniciste représente l'antithèse d'un projet de société; faute d'être saisie et inscrite dans un tel projet de société, la réforme actuelle ne réussira pas davantage que les précédentes.

Note

1. En 1989, le ministre Lavoie-Roux dévoilait la politique de santé mentale. Comme il y était prévu une révision après un terme de cinq années, un comité du MSSS, qui relève de la Direction générale de la planification et de l'évaluation, a entrepris en 1994 le bilan d'implantation de cette politique. Des consultations régionales et provinciales ont été faites au terme desquelles un rapport sera remis au ministre à la fin de l'automne. Parallèlement à cette démarche, le Comité de santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) a produit un document intitulé «Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale», qui sera reçu comme toute autre document de commentaires critiques et de recommandations soumis au comité de révision du MSSS.

RÉFÉRENCES

- BALANDIER, G., 1994, *Le dédale*, Fayard, Paris.
- BORGEAT, F., 1994, Contre la sectorisation, *Revue canadienne de psychiatrie*, 39, 85-90.
- C.S.N. [Confédération des Syndicats nationaux], 1995, *La Régie doit s'opposer aux compressions*, Montréal.
- CAILLOUX-COHEN, S., COHEN, D., 1995, *Guide critique des médicaments de l'âme*, Éditions de l'Homme, Montréal.
- CIOMPI, L., 1992, The pilot project 'Soteria Berne': Clinical experiences and results, *British Journal of Psychiatry*, 161 (supplement), 145-163.
- COHEN, D., 1994, Quelles sont les conséquences sociales et psychologiques en termes de qualité de vie des neuroleptiques et de leurs effets secondaires, in *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophrénologiques*, Frison-Roche, Paris, 150-184.
- DAMASIO, A.R., 1995, *L'erreur de Descartes, La raison des émotions*, Odile Jacob, Paris, 321.
- DUFRESNE, J., 1995, De la réforme des services de santé à celle du Québec, *L'Agora*, 10.

- DUMONT, F., 1995, *Raisons communes*, Boréal Express, Montréal.
- EHRENBERG, F., 1995, *L'individu incertain*, Fayard, Paris.
- JULIEN, C., 1994, *Culture: de la fascination au mépris*, Fides/Musée de la Civilisation, Montréal.
- KARON, B., 1989, Psychotherapy versus medication for schizophrenia: Empirical comparisons, in Fischer, S., Greenberg, R., eds, *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress; Comparisons with Psychotherapy and Placebo*, Hillsdale, N. J., 105-150.
- LAMARCHE, P.-A., 1995, Intervention au débat Santé, *Rassemblons nos idées de changement* dans la sous-région de Saint-Hyacinthe, 21 avril
- LAURENS, A., 1995, Entre savoir et pouvoir, *Le Monde*, 23 juin
- LEHMAN, H., 1992, Il faut freiner la désintégration de la psychiatrie, *L'Actualité médicale*, 2 décembre.
- R.R.A.S.M.Q. [Regroupement des Ressources alternatives en Santé mentale du Québec], 1995, Non à la mainmise de la technocratie sur la solidarité collective, *Le Devoir*, 11 juillet.
- RÉGIE RÉGIONALE MONTRÉAL CENTRE, 1995 a, *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal, Vers un nouvel équilibre*.
- RÉGIE RÉGIONALE MONTRÉAL CENTRE, 1995 b, *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal, L'atteinte d'un nouvel équilibre*.
- ROCHON, J., 1995 a, Journal des débats de l'Assemblée nationale, vol. 34, n° 28, 28 mars., 1757.
- ROCHON, J., 1995 b, Allocution du ministre Jean Rochon au XXXI^e Congrès annuel de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), le 18 mai.
- ROY, A., 1990, *L'empreinte du faux*, Thèse de doctorat en philosophie, Université Laval.
- TABLE des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur de la santé et des services sociaux), 1995, *Lettre à M. Jacques Parizeau*, Premier ministre du Québec, 8 mai.
- TOURAINÉ, A., 1994, *La démocratie*, Fayard, Paris.