

Le suicide et les politiques sociales au Québec

Luc Lacroix

Volume 15, numéro 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031541ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031541ar>

[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

Lacroix, L. (1990). Le suicide et les politiques sociales au Québec. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 46–61. <https://doi.org/10.7202/031541ar>

Résumé de l'article

À partir de trois documents émanant d'instances mises sur pied par le gouvernement du Québec, nous tentons, dans cet article, de déceler comment ce dernier s'apprête à encadrer et à orienter l'intervention sur le suicide. Nous nous intéressons au sort que les politiques sociales pourraient et, selon nous, devraient réserver au suicide. Nous préconisons une approche qui reconnaît pleinement la dimension sociale du suicide et qui met l'accent sur la prévention primaire ainsi que sur le soutien par l'État d'un réseau communautaire autonome constituant, par rapport au réseau public, un partenaire égal.

Le suicide et les politiques sociales au Québec

*Luc Lacroix**

À partir de trois documents émanant d'instances mises sur pied par le gouvernement du Québec, nous tentons, dans cet article, de déceler comment ce dernier s'apprête à encadrer et à orienter l'intervention sur le suicide. Nous nous intéressons au sort que les politiques sociales pourraient et, selon nous, devraient réserver au suicide. Nous préconisons une approche qui reconnaît pleinement la dimension sociale du suicide et qui met l'accent sur la prévention primaire ainsi que sur le soutien par l'État d'un réseau communautaire autonome constituant, par rapport au réseau public, un partenaire égal.

Que devrait être le rôle de l'État québécois face au phénomène du suicide ? Il nous semble important que différents groupes sociaux fassent valoir leurs réponses à cette question. Plusieurs communautés à travers la province ont pris l'initiative de mettre sur pied des ressources pour répondre aux besoins de certains de leurs concitoyens qui vivent des crises suicidaires et/ou pour prévenir l'émergence du problème du suicide dans leurs milieux. Qu'on songe au Centre de prévention du suicide de Québec, qui a ouvert ses portes en 1978, ou à Suicide-Action Montréal, qui a vu le jour six ans plus tard, pour ne mentionner que les plus connues. L'État doit-il accroître son contrôle sur ces initiatives locales en les intégrant carrément à l'intérieur du réseau socio-sanitaire public, ou serait-il préférable qu'il accorde plutôt son soutien financier et professionnel à ces ressources communautaires, respectant ainsi leur autonomie ? Doit-il encourager l'émergence d'autres ressources autonomes, chacune développant dans sa localité sa propre histoire et ses propres innovations à partir de la dynamique établie entre les intervenants et les citoyens du milieu ?

Il est important que les différents regroupements de citoyens du pays poursuivent leurs réflexions sur ces questions et prennent position le plus clairement possible, parce que le gouvernement du Québec pourrait bien y apporter ses propres réponses très prochainement. Les nouvelles orientations et mesures que cherche à prendre l'État face aux services de santé et aux services sociaux auront sûrement un impact déterminant sur la façon dont notre société fera face au phénomène du suicide.

Il aurait été très difficile, dans cet article, d'analyser indépendamment des autres problèmes sociaux et de santé le sort que les politiques sociales

* L'auteur est professeur en travail social à L'UQAH et étudiant au doctorat en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal.

pourraient ou devraient réserver au suicide, étant donné que l'action collective qui sera retenue par le gouvernement face à ce phénomène sera tributaire, pour une bonne part, de la ligne d'action plus globale que le gouvernement adoptera concernant la gestion de l'ensemble du système socio-sanitaire. Nous nous sommes donc penché sur des documents dont certains ne s'arrêtent que très peu sur le suicide en tant que tel, mais dont l'incidence sur le suicide dépasse de beaucoup les quelques pages qu'ils accordent à ce phénomène.

Après une brève description du phénomène du suicide au Québec, nous analyserons successivement trois documents émanant d'instances mises sur pied par le gouvernement pour le conseiller sur ses politiques sociales et de santé. Le choix des documents s'est effectué en fonction de leur pertinence face au suicide et de leur poids politique. Il s'agit de l'Avis sur la prévention du suicide, du rapport du Comité de la politique de santé mentale intitulé « Pour un partenariat élargi » (rapport Harnois) et du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (rapport Rochon).

Émergence d'une nouvelle priorité dans le système socio-sanitaire québécois

Les plus récentes statistiques concernant le phénomène du suicide au Québec nous rapportent que, du début des années 50 au début des années 80, la fréquence relative des suicides aurait plus que quadruplé au Québec, passant de 3.7 à 16.5 décès par 100,000 habitants, la plus grande part de cet accroissement ayant eu lieu après 1965. De plus, lorsque l'on considère les taux selon l'âge, le Québec présente un profil quelque peu inusité. Alors qu'en général, dans les autres pays, les taux les plus élevés s'observent chez les gens âgés, au Québec, ce sont les jeunes qui occupent cette position peu enviable. Ce sont surtout les jeunes hommes qui sont responsables de cette situation, puisque le taux est à son maximum chez les hommes de 15 à 24 ans, où il atteint 34.5 décès par 100,000 habitants, ce qui constitue un sommet au niveau mondial. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes Québécois de 15 à 30 ans, après les accidents de véhicule à moteur.

Ces chiffres sont jugés par certains comme étant très inquiétants pour une société comme le Québec. Il importe de préciser qu'ils ne représentent que l'aspect le plus visible, le moins dissimulable d'une réalité difficile à quantifier. Il y a d'abord la distinction entre un suicide et un accident qui n'est pas toujours facile à faire ; une personne peut toujours déguiser son suicide, par exemple en accident de la route, en noyade, en empoisonnement par médicament. Il y a aussi la réticence des médecins et des coroners à poser un verdict de suicide, puisque celui-ci « est encore l'objet d'une forte stigmatisation sociale et que personne n'a envie d'apposer à tort une telle étiquette, d'autant plus que c'est la famille du suicidé qui en souffrira » (Charron, 1981, 18). Il y a, finalement, un nombre encore plus considérable

de personnes qui songent à se donner la mort et/ou qui font des tentatives de suicide. L'estimation du ratio des tentatives de suicide par rapport aux suicides effectifs varie beaucoup d'un auteur à l'autre : dans l'ensemble, on estime que pour chaque décès par suicide, il y aurait entre 50 et 200 tentatives.

Avis sur la prévention du suicide

Devant la croissance plutôt dramatique du taux de suicide au Québec, le premier geste du Ministère des Affaires sociales a été de demander au Comité de la santé mentale du Québec un avis « sur les éléments que devrait comprendre une éventuelle politique de prévention du suicide pour le Québec » (Comité de la santé mentale du Québec, 1982, 1).

De la prévention à la lutte contre le suicide

Le rapport du Comité de la santé mentale du Québec porte le titre suivant : « Avis sur la prévention du suicide ». Le rapport traite effectivement de la prévention du suicide en y consacrant même un chapitre. Toutefois, à la fin du rapport, les quinze recommandations parlent beaucoup plus de lutte contre le suicide que de prévention du suicide. On parle même d'une politique de lutte contre le suicide. Cette notion de lutte risque d'évoquer des images d'un ennemi qu'on peut facilement identifier et circonscrire, et nous amène à mettre l'accent sur la crise suicidaire elle-même plutôt que de considérer les moyens de la prévenir. De fait, les recommandations du comité accordent très peu de place à une prévention qui s'éloignerait quelque peu de la crise suicidaire, c'est-à-dire à la prévention primaire.

Il y a, croyons-nous, une ambiguïté concernant la place de la véritable prévention dans ce document. Celle-ci provient en bonne partie de la définition même du concept de prévention et du classement en trois niveaux des interventions préventives, approche qui s'est imposée depuis quelques années et que le Comité ne remet aucunement en question. En effet, les auteurs qui traitent de prévention semblent s'entendre pour classer les interventions préventives en niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Or, il y a peu de différence, à toutes fins pratiques, entre le traitement ou la thérapie et la prévention tertiaire, puisque cette dernière comprend les mesures qui visent à éviter les récurrences chez ceux qui ont déjà fait une ou des tentatives de suicide. Il en est de même pour la prévention secondaire, puisqu'elle consiste à aider une personne aux prises avec une crise suicidaire en vue de lui permettre de surmonter cette période critique et d'éviter, par le fait même, le geste fatidique. À la limite, on pourrait même, si on adopte cette façon de concevoir la prévention, inclure dans ce concept tous les actes qu'on peut poser dans le domaine de la santé mentale et éliminer de notre vocabulaire les mots qui ont une connotation curative. Est-ce pour se donner bonne presse qu'on tient tellement à nommer « prévention » la majorité des interventions en santé mentale ? Il serait plus juste, croyons-nous, de réserver le terme prévention pour ce

qu'on appelle présentement la « prévention primaire », c'est-à-dire toute intervention qui vise à empêcher l'apparition d'un problème. On éliminerait ainsi toute ambiguïté. Il nous semble qu'une telle ambiguïté, dans un document comme celui que nous examinons, ne peut que défavoriser la véritable prévention, en donnant l'illusion que les interventions seront dorénavant préventives plutôt que curatives, alors que dans les faits la prévention primaire risque de ne pas occuper une place plus importante que par le passé dans les pratiques sociales et sanitaires.

Dans ses recommandations, le Comité de la santé mentale n'exclut évidemment pas la prévention primaire mais, à quelques exceptions près, il n'encourage ni ne privilégie le recours à cette approche. Or, nous savons que, surtout depuis l'instauration de la loi de la Protection de la jeunesse et le début de la période des restrictions budgétaires, les services sociaux et de santé ont de plus en plus tendance à axer leurs interventions sur la prévention secondaire et tertiaire, sur le curatif et particulièrement sur la protection des individus. La prévention primaire, qui vise à empêcher l'apparition du problème du suicide dans un groupe donné ou dans l'ensemble de la société, n'est pas toujours facile à réaliser et à promouvoir, parce que les moyens à mettre en place sont vastes et exigeants, et les liens entre ces moyens et leur effet sur le taux de suicide sont souvent difficiles à établir.

Pour que les C.R.S.S.S., à qui le Comité veut confier la responsabilité d'appliquer la politique, fassent en sorte que la prévention primaire ait droit de cité dans une région ou un groupe donné, pour qu'ils encouragent les groupes communautaires et incitent, voire même obligent, les services sociaux et de santé à se préoccuper, par exemple, des conditions économiques et sociales des gens, il faudrait que le Ministère de la Santé et des Services sociaux précise de telles attentes à l'intérieur même de sa politique. En effet, pour éviter que les membres d'une communauté aient des idées suicidaires, il faudrait promouvoir et défendre certaines mesures comme celles qui leur assureraient des conditions de vie au moins décentes. Il faudrait également leur accorder certains moyens, comme celui de développer et de soutenir efficacement des réseaux de soutien et d'entraide dans la communauté, celui d'acquérir des aptitudes permettant d'améliorer leurs relations interpersonnelles et de faire face à des situations difficiles. Évidemment, les actions à privilégier en prévention primaire seront en bonne partie déterminées ou précisées par le résultat des recherches sur les facteurs de risque reliés aux comportements suicidaires. Cependant, nous possédons déjà suffisamment de connaissances pour entreprendre certaines actions.

La prévention primaire n'est donc pas impossible, mais elle exige de la part des établissements, des ressources communautaires, des intervenants et des citoyens d'une communauté un engagement moral et politique vis-à-vis l'amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale de l'ensemble des membres de cette communauté. Lesemann et Lamoureux décrivent très

bien le sens de cet engagement politique en ce qui concerne les organismes du réseau socio-sanitaire public :

Les établissements doivent se *désintrovertir*, en se politisant (dans le sens de prise de parole sur la place publique), en se responsabilisant territorialement face aux problèmes cruciaux qui grèvent la vie de leurs « clientèles cibles » : fermeture d'usines, conditions de logement, chômage des jeunes, conditions difficiles de la vie associative, itinérance, criminalité, etc. (Lese-mann et Lamoureux, 1987, 42).

L'Avis du Comité de la santé mentale met de l'avant certaines mesures de prévention primaire, comme la sensibilisation de la population au phénomène du suicide, la formation des intervenants, mais ne propose aucune mesure sur les conditions de vie des gens, qu'elles soient sociales ou économiques.

La place des ressources communautaires

Une autre inquiétude que soulève l'Avis sur la prévention du suicide est la place qu'on réserve aux organismes communautaires et le type de rapport qu'on semble vouloir privilégier entre le réseau communautaire et le réseau public. Quoiqu'on reconnaisse l'importance d'une étroite collaboration avec les ressources existantes du milieu, on ne favorise pas, de façon claire et explicite, leur autonomie ni le soutien au développement de nouvelles ressources communautaires.

Les auteurs de l'Avis trahissent leur pensée en spécifiant que la collaboration avec les organismes du milieu « n'implique pas obligatoirement une intégration administrative » (Comité de la santé mentale du Québec, 1982, 81). On serait donc très heureux de récupérer les organismes communautaires à l'intérieur du réseau public, quoique cette récupération ne soit pas « obligatoire ». Cette remarque nous indique qu'on ne reconnaît pas l'importance de maintenir et, encore moins, de renforcer un réseau parallèle communautaire autonome aussi valable et précieux que le réseau public.

Les membres du comité de la santé mentale ont raté une belle occasion de favoriser l'établissement d'un tel réseau en réponse à un phénomène qui n'a émergé que récemment en tant que problème socio-sanitaire, et pour lequel la grande majorité des programmes d'intervention n'est pas encore développée et mise en place. L'Avis aurait pu faire valoir la contribution dynamique des organismes issus des communautés de base pour répondre à des problèmes qui préoccupent et concernent celles-ci au premier chef, et auraient pu favoriser l'éclosion de ces organismes dans les différentes régions du Québec.

Rapport Harnois

En juin 1986, la Ministre de la Santé et des Services sociaux créa un comité chargé de préparer un projet de politique de santé mentale pour le Québec. Ce comité, présidé par le Docteur Gaston Harnois, déposa son

rapport, intitulé « Pour un partenariat élargi », en décembre 1987. Un an plus tard, en janvier 1989, reprenant les éléments-clés de ce rapport, la politique de santé mentale du Québec nous était dévoilée.

La pertinence du rapport Harnois à l'égard du suicide ne se limite pas aux deux ou trois pages qu'il consacre spécifiquement à ce phénomène. Ayant établi les grandes lignes de la politique de santé mentale du Québec, il constitue un ouvrage de référence essentiel pour comprendre les fondements de cette politique et un document majeur pour quiconque tente de cerner la forme que sont en train de prendre les structures et les modèles retenus pour répondre à des problèmes tels que le suicide.

De la prévention à la protection des personnes suicidaires

Dans ce rapport, le suicide est classé, avec l'alcoolisme, les toxicomanies et la violence, parmi les épiphénomènes en santé mentale. Il est considéré comme un problème social tout autant, sinon plus, qu'un problème de santé mentale. Il implique donc, selon les auteurs du rapport, un partage de responsabilités en ce qui concerne l'intervention. Il y a lieu de féliciter le comité d'avoir résisté à la tentation de médicaliser le suicide, d'en faire un problème relevant uniquement du domaine ou même du champ de la santé mentale. Par contre, dans sa résolution 32, voulant faire le lien avec l'éventuelle politique québécoise portant exclusivement sur le suicide, les membres du comité ne se réfèrent plus, comme au début de l'Avis sur la prévention du suicide, à un projet de politique de prévention du suicide, ni même, comme à la fin de l'Avis, à un projet de politique de lutte contre le suicide, mais à un projet de politique de services à l'égard des personnes suicidaires. (Notons qu'au moment de la rédaction de l'Avis sur la prévention du suicide, le comité de la santé mentale du Québec, auteur de l'Avis, était présidé par le même Docteur Harnois.) Nous ne savons pas où en est rendu ce fameux projet de politique concernant le suicide, qu'on nous annonce depuis neuf ans, mais il semble déjà, à partir des allusions qu'on y fait, qu'il s'oriente prioritairement vers la protection des personnes suicidaires plutôt que vers une véritable prévention du suicide.

Des partenaires ... inégaux

Le rapport Harnois fait un pas important pour reconnaître la place et le rôle légitimes d'un réseau communautaire aux côtés d'un réseau public, quoiqu'il limite ce rôle à des « fonctions supplétives ou expérimentales dans la dispensation de services en santé mentale » (Harnois, 1987, 85). L'indifférence, la tolérance et parfois même l'hostilité de certains acteurs du réseau public face aux initiatives du milieu doivent au moins céder la place à la coopération. Le rapport recommande également de doubler le budget des groupes communautaires.

Cette insistance du comité de la politique de santé mentale à faire des familles, des proches, des communautés des partenaires des établissements publics découle d'un objectif fondamental du comité et du Ministère de la

Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire celui de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques. On s'est rendu compte que la désinstitutionnalisation ne pouvait pas réussir sans la coopération et la participation des familles et des proches des patients ainsi que des ressources communautaires.

Cette valorisation du communautaire pourrait, à première vue, évoquer le rêve d'un système qui permettrait de soutenir les initiatives locales ou régionales, d'humaniser certains services, de bâtir un réseau parallèle pouvant redonner un certain pouvoir aux premiers intéressés en santé mentale et pouvant peut-être, de l'extérieur, contribuer à dynamiser un réseau public sclérosé par une gestion par trop technocratique. Mais ne tirons pas trop vite des conclusions aussi grandioses et réjouissantes. Regardons de plus près le type de place qu'on veut donner aux ressources communautaires et surtout le degré de pouvoir qu'on veut bien leur accorder dans l'ensemble du système. On leur fait de la place pour qu'elles puissent jouer un rôle qu'on leur donnera ou qu'on leur laissera lorsqu'on le jugera utile, lorsqu'elles combleront un besoin que les établissements de l'État ne pourront pas combler, lorsqu'elles pourront le faire d'une façon beaucoup plus économique que ces dernières, lorsqu'elles seront complémentaires. On est encore loin de deux réseaux parallèles autonomes, l'un communautaire et l'autre public, représentant des forces dans le système qui s'alimentent et se dynamisent mutuellement.

Le rapport Harnois dit tout de même qu'en principe, « une ressource communautaire en mesure de dispenser un service dans sa communauté devrait avoir priorité sur toute autre forme de structure » (Harnois, 1987, 87). S'il utilise le conditionnel dans cette affirmation de principe, c'est à cause de ce qu'il n'ose pas dire : que la santé mentale au Québec est contrôlée par les institutions, surtout par les psychiatres, que le comité de la politique de santé mentale n'a pas eu la volonté politique de remettre en question l'hégémonie médicale dans ce domaine d'intervention et se trouve, par le fait même, à le sanctionner, et que l'enjeu caché et ultime de ce débat est la chasse gardée du marché de clientèles d'une profession qui réussit à imposer et à maintenir sa domination. On peut donc se gargariser de beaux principes, mais si on ne modifie pas les règles du jeu, les rapports de force entre les acteurs et/ou les institutions, on n'aura pas un système de partenaires égaux, on n'aura pas un réseau communautaire autonome jouant, avec le réseau public, un rôle significatif de co-décideurs. On aura un « partenaire » puissant, jouant, au besoin, un rôle paternel ou un rôle de grand frère bienveillant, et plusieurs « partenaires » de second ordre prenant la place que le grand frère aura décidé de lui laisser.

Bien sûr, tout ceci se fera, ou plutôt se fait déjà, au nom d'une compétence professionnelle ou scientifique, au nom surtout des patients auxquels il faut prodiguer les seuls soins sérieux dignes de ce nom, c'est-à-dire les soins médicaux ou psychiatriques. Et pourtant la psychiatrie est loin d'avoir démontré, au cours des dernières décennies, qu'elle avait

les réponses aux problèmes reliés à la santé/maladie mentale. Plusieurs avancent même qu'à quelques exceptions près, elle aurait fait la preuve d'un système très peu efficace. Le modèle bio-médical, est-il nécessaire de le rappeler, est contesté par un grand nombre d'auteurs, d'intervenants et de citoyens. Les ressources alternatives et la popularité des intervenants en pratique privée utilisant des modèles autres que bio-médical sont la preuve d'une contestation importante de cette approche dominée par la psychiatrie.

Il est d'ailleurs déplorable, quoique peu surprenant, que le rapport Harnois se réfère souvent aux ressources communautaires sans jamais les qualifier d'alternatives. Dans une perspective de ressources communautaires complémentaires au réseau public dominant, il devient gênant de parler de ressources alternatives puisque celles-ci sont beaucoup plus intéressées à contester l'approche du réseau public, à développer de nouveaux modèles, à offrir des services qu'elles jugent plus adéquats qu'à tenter de compléter celui-ci.

Il n'y a pourtant pas de raison logique d'associer le domaine et même le champ de la santé mentale, de façon prioritaire, à la psychiatrie. La santé mentale et une partie de ce qu'on appelle communément les maladies mentales ne sont pas, à proprement parler, des questions ou des problèmes médicaux. L'intervention psychiatrique demeure, bien sûr, pertinente auprès de certains malades et essentielle auprès de ceux qui souffrent de troubles mentaux sévères. Il ne s'agit pas de nier la contribution de la profession médicale dans ce domaine mais de dénoncer la nature et l'étendue de son pouvoir de domination. Le rapport Harnois reconnaît, en principe et partiellement, cet état de fait. Il tient un discours qui fait preuve d'une grande sensibilité aux véritables besoins des personnes aux prises avec des problèmes reliés à la santé/maladie mentale et d'une analyse approfondie de l'état actuel de l'intervention en santé mentale au Québec. À preuve, la citation suivante :

La réalité de la dispensation des services en santé mentale au Québec et le développement de différentes formes d'aide impliquent la reconnaissance d'une diversité d'acteurs et d'une multiplicité de modèles d'intervention. Devant la diversité des acteurs, la notion de partenariat impose sa pertinence (Harnois, 1987, 40).

Cette vision éclairée contraste avec le silence du Comité de la politique de santé mentale sur le rapport de force qui s'est établi historiquement et qui se maintient dans la structure même des institutions de santé mentale au Québec entre les psychiatres, les autres professionnels, les technocrates, les malades mentaux et les citoyens qui s'intéressent à ceux-ci.

Comment expliquer que le Comité de la politique de santé mentale ait manqué l'occasion de proposer une restructuration de l'ensemble des institutions et des acteurs du champ et du domaine de la santé mentale au Québec ? Il a pourtant fait des pas importants dans cette direction. Il semble avoir saisi les véritables besoins de la population et l'importance d'une

diversité de partenaires pour répondre adéquatement à ces besoins. Il reconnaît même la légitimité d'un certain réseau communautaire. Il s'est arrêté juste avant le pas important et majeur qu'il lui restait à faire pour recommander une nouvelle structure *démocratique* de partenaires *égaux*. Cette structure n'est pourtant pas irréaliste ou irréalisable. À l'intérieur du réseau public, il s'agirait de démocratiser les établissements en partageant le pouvoir entre les différents groupes de professionnels ainsi qu'entre les cadres et les intervenants. Il s'agirait également, comme le recommande déjà le rapport Harnois, de faire des usagers, de leurs familles et de leurs proches, ainsi que de la communauté, les véritables partenaires de leurs interventions. Outre le réseau public, cette nouvelle structure comprendrait un deuxième réseau, tout aussi important et essentiel que le premier, quoique différent, c'est-à-dire le réseau communautaire autonome. Selon Lesemann et Lamoureux,

la reconnaissance par l'État de ce réseau des solidarités veut dire l'octroi d'un financement adéquat, stable aux ressources communautaires existantes, le soutien au développement d'autres ressources, avec le respect de l'autonomie des pratiques, l'exigence certes d'un contrôle financier strict par l'instauration d'un système d'imputabilité, et la reconnaissance de mécanismes d'évaluation contrôlés non pas par des fonctionnaires ou des corporations professionnelles, mais par un regroupement d'usagers, d'élus, de dispensateurs de services et d'experts (Lesemann et Lamoureux, 1987, 43).

Étant donné qu'on ne peut certainement pas soupçonner les membres du comité de naïveté, on ne peut que conclure qu'ils ont manqué de volonté politique, surtout face à la puissante corporation des médecins.

Rapport Rochon

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux fut créée en juin 1985 par le gouvernement du Québec pour « étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de services de santé et de services sociaux ». Elle publia son rapport au début de l'année 1988.

Même si son rapport a été contesté par un grand nombre d'acteurs sociaux de différents milieux, cette Commission aura réussi à susciter un débat public important sur l'avenir des services de santé et des services sociaux au Québec. Les politiciens ne pourront, au cours de la prochaine décennie, apporter des changements au système socio-sanitaire québécois sans se référer aux recommandations de ce rapport et aux nombreux dossiers, recherches, mémoires et attentes suscités par les travaux de cette Commission. D'où l'importance de cerner le type de traitement que la société québécoise accorderait au phénomène du suicide selon la vision de cette Commission.

Il est spécifiquement question de suicide dans le rapport de la Commission à deux endroits. D'abord, dans un chapitre sur l'évolution des principaux problèmes de santé au Québec, le suicide a sa place à côté des

maladies cardio-vasculaires, du cancer, des traumatismes, des maladies du système locomoteur, des maladies transmises sexuellement, du SIDA et des problèmes de santé mentale. Dans le chapitre suivant, parmi « les problèmes et les besoins en matière de services sociaux », un aspect du suicide, nommément le problème des tentatives de suicide et des tendances suicidaires chez les adolescents, est considéré comme une mésadaptation sociale.

La médicalisation du suicide

Comment le suicide en est-il arrivé à être considéré surtout comme une maladie, ou un problème médical ou sanitaire ? C'est surtout, croyons-nous, parce que le suicide a une incidence importante sur le taux de mortalité et que ce dernier est le principal indicateur utilisé pour déterminer le succès ou la faillite du système sanitaire. Il y a pour les technocrates de l'État et pour la profession médicale, qui contrôlent le système sanitaire, un enjeu majeur qui est en cause. Des sommes d'argent considérables ont été investies dans nos services de santé et les ingénieurs de la gestion et de la performance de ces services doivent démontrer, dans la logique de leur démarche et à l'aide d'études épidémiologiques, qu'elles ont servi à allonger l'espérance de vie de la population. Un taux de suicide à la hausse ne peut qu'intéresser au plus haut point les technocrates de la santé et la profession médicale, étant donné qu'il occasionne des pertes importantes au niveau de l'output global du système qu'ils ont mis en place.

Quel mal y a-t-il, pourrait-on se demander, à faire du suicide une maladie ? Un mal énorme, si on en croit I. K. Zola qui affirmait ce qui suit au début des années 80 :

Dès qu'un problème est identifié comme une maladie, il n'est plus, par définition, social et on ne s'attend plus à ce que les mesures correctives soient sociales. Ce sont donc les individus habituellement porteurs du problème et non la communauté ou la société en général qui écopent de la responsabilité de son apparition ainsi que du remède éventuel (Zola, 1981, 46-47).

La médicalisation du suicide constitue une « biologisation du social », pour reprendre un terme que Godue et Chambaud empruntent à des auteurs latino-américains. Selon ces deux auteurs, la biologisation du social « exerce ... un puissant effet de dépolitisation de la société » (Godue et Chambaud, 1987, 119). C'est bien ce qui se passe avec le suicide dans le rapport Rochon. Même en adoptant un modèle beaucoup plus complet et global que le modèle bio-médical, un modèle qui définit la santé comme étant le « résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs : les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins » (Rochon, 1988, 43), les commissaires mettent le focus sur l'individu suicidaire plutôt que sur les lacunes fondamentales de la société en faisant du suicide une maladie. Selon ce modèle, nous devrions, par exemple, faire la promotion d'habitudes de vie saines comme faire du ski, se détendre, voyager, auprès de sous-groupes

de la population qui ont des habitudes de vie peu propices à la santé, comme les chômeurs-euses, les assistés-es sociaux-ales, les bas salariés-es, les chefs de familles monoparentales. Que fait-on des inégalités socio-économiques, des conditions de vie objectives et de travail des gens? Les habitudes de vie sont intimement liées aux ressources financières des gens, ainsi qu'aux ressources et aux contacts qu'un certain type de travail et de milieu de travail peut apporter. Les commissaires reconnaissent pourtant que les écarts d'espérance de vie entre les quartiers défavorisés et les quartiers plus aisés de Montréal sont très grands :

Les résidents des quartiers aisés jouissent en effet d'une espérance de vie supérieure à celle des pays scandinaves, qui ont pourtant le taux le plus élevé au monde. Par contre, l'espérance de vie dans les quartiers défavorisés descend au niveau de celle des pays en voie de développement, niveau qu'atteignait le Canada il y a 30 ans (Rochon, 1988, 46).

Les commissaires souhaitent une société plus égalitaire. Ils font même de « la recherche d'une plus grande équité sociale » (p. 685) une condition préalable à la finalité fondamentale du système de services de santé et de services sociaux. En fait d'intentions, quoi de plus louable? Et pourtant, on ne retrouve, dans les recommandations, aucun appel à une concertation et à une mobilisation des différents acteurs de la société pour modifier ce facteur qui pourrait, à lui seul, faire plus pour la santé des Québécois-es que l'ensemble des recommandations du rapport. Malgré la qualité de leurs analyses, les commissaires n'ont pas su sortir, au moment d'arrêter leurs choix d'actions à privilégier, de la logique de services dans laquelle ils s'étaient engagés. Il semble bien que ce soit là, tel qu'anticipé par I. K. Zola, la conclusion inévitable à laquelle mène une conception médicale de problèmes tels que le suicide.

Des services sociaux pour les « groupes à risque » seulement

Dans le rapport, les commissaires abordent également le suicide dans le tableau qu'ils brossent de nos problèmes et de nos besoins en matière de services sociaux. Curieusement, les adolescents semblent être les seuls Québécois dont le suicide est considéré comme un problème social, puisqu'il n'est question dans ce chapitre que de leurs tentatives de suicide et de leurs tendances suicidaires. D'ailleurs, il n'est pas évident que même le suicide des adolescents soit considéré par les commissaires comme un véritable problème social. Après une analyse, au chapitre 2, de l'évolution des problèmes de santé au Québec, c'est à une analyse des problèmes et des besoins en matière de services sociaux qu'ils nous convient au chapitre suivant, au lieu d'une analyse de l'évolution des problèmes sociaux au Québec. D'emblée, nous voici plongés, par rapport aux problèmes qu'on nous présente dans ce troisième chapitre, dans une vision dont la prise de vue émane de l'intérieur des services sociaux.

Les problèmes en matière de services sociaux sont regroupés en catégories, lesquelles sont placées dans un ordre hiérarchique précis allant

des problèmes les plus graves et socialement intolérables, nécessitant une intervention, aux difficultés courantes de fonctionnement en société que peut connaître l'ensemble de la population. Les premiers concernent ce que les commissaires ont convenu d'appeler les groupes à risque. Ces groupes à risque se subdivisent en trois catégories hiérarchisées dont les thèmes respectifs sont les suivants :

1. Violence contre les personnes
2. Déviance et mésadaptation sociale
3. Problèmes reliés à l'intégration sociale.

Les tentatives de suicide et les tendances suicidaires chez les adolescents sont classées parmi les problèmes de mésadaptation sociale. La logique qui a sous-tendu la décision d'éliminer les autres groupes d'âge de suicidaires de cette catégorie n'est pas expliquée. A-t-on jugé que la société a la responsabilité de protéger les enfants suicidaires contre eux-mêmes et non les adultes ? C'est possible.

Ce qui frappe le plus dans cette catégorisation des problèmes sociaux, c'est le cadre à l'intérieur duquel elle s'effectue. Les problèmes sont examinés, d'abord et avant tout, sous l'angle de la protection dont sont supposés avoir besoin les individus aux prises avec ces problèmes. En principe, les intervenants sociaux, selon ce rapport, n'interviendraient pas qu'auprès des groupes à risque, puisque certaines populations dites vulnérables sont identifiées comme pouvant bénéficier d'une intervention professionnelle ou autre : les enfants de moins de 15 ans, la jeunesse en phase d'intégration à l'emploi, les familles monoparentales, les personnes âgées, ainsi que toute personne traversant une période difficile de sa vie, comme le décès d'un proche, un accident grave, la naissance d'un enfant handicapé, la découverte d'une maladie évolutive ou incurable, la perte d'un emploi, un divorce ou une séparation, une grossesse à l'adolescence, une grossesse non planifiée. Toutefois, en réalité, la hiérarchisation des catégories retenues et le nombre de ressources disponibles dans les divers services sociaux font en sorte que les intervenants sociaux devront nécessairement se limiter aux groupes à risque.

Il est même probable, à moins que le nombre des intervenants sociaux n'augmente de façon significative, que la troisième catégorie de groupes à risque, les gens ayant des problèmes reliés à l'intégration sociale, soit sérieusement négligée. Dans cette catégorie, le rapport identifie les problèmes suivants : les carences du lien parents-enfants, la surcharge de certaines familles monoparentales, les difficultés liées à l'absence, à la perte ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle et les difficultés d'intégration de certains immigrants. Pourtant, il s'agit bien là de situations où la souffrance des personnes concernées est réelle et intense, où les conséquences d'une non-intervention peuvent être graves. Dans le domaine de la santé, une personne qui se présenterait avec l'équivalent, en souffrance physique, des souffrances affectives que ressent un nombre incalculable de

laissés-pour-compte des services sociaux, recevrait immédiatement les soins « médicalement requis ».

Comment se fait-il que nous tolérions beaucoup plus facilement la souffrance affective de nos concitoyens que leur souffrance physique ? Le fait que l'une soit plus visible ou tangible que l'autre a sûrement un impact sur la réaction sociétale. Par contre, il y a, croyons-nous, d'autres raisons qui expliquent ce profond déséquilibre entre le « social » et la santé. Le pouvoir considérable des « grands prêtres » de la santé, en comparaison de l'influence plutôt modeste qu'ont exercée les professions du « social », serait certainement une clé importante dans l'analyse du développement historique de ce phénomène.

Les adolescents suicidaires feraient donc partie des priorités des services sociaux, selon le rapport, et seraient pratiquement assurés d'obtenir des services, étant donné qu'ils font partie de la deuxième catégorie des groupes à risque. Toutefois, le type de services qu'ils recevront s'inscrit dans une logique de protection des individus, laquelle logique imprégnera et dominera toutes les interventions des services sociaux du Québec, étant donné, comme nous l'avons déjà mentionné, la prévalence des groupes à risque et le nombre de ressources disponibles. Il ne restera donc pratiquement aucune place pour la prévention primaire dans les services sociaux du Québec. Pourtant, les commissaires ont pris la peine de bien identifier certaines populations qui pourraient bénéficier de la prévention primaire. Ces populations, dites vulnérables, couvent sûrement un bon nombre de personnes qui finiront par se tourner vers le suicide mais qui pourraient, grâce à un programme de prévention primaire, éliminer cette éventualité de leur vie.

Si, comme nous le croyons, les services sociaux n'obtiennent pas les ressources nécessaires pour desservir convenablement les populations vulnérables, ils auront d'autant moins les ressources pour répondre aux besoins ponctuels de l'ensemble de la population qui connaît, à l'occasion, des difficultés ou des crises plus ou moins traumatisantes pouvant potentiellement se transformer en problèmes graves. Les commissaires ont tout de même reconnu l'importance de l'intervention des professionnels, comme complémentaire aux interventions des ressources de l'entourage ou du milieu naturel, dans de telles situations. Toutefois, faire valoir l'utilité de l'intervention auprès de l'ensemble de la population ainsi qu'auprès des populations vulnérables, sans prévoir les moyens réalistes d'actualiser celle-ci, ne peut que créer de faux espoirs dans la population. Pour résoudre les difficultés courantes de fonctionnement en société devenues trop aiguës, les gens aisés continueront de faire appel aux intervenants en pratique privée alors que les moins fortunés se débrouilleront seuls, à moins que leur situation ne se détériore suffisamment pour leur permettre d'être classés parmi les groupes à risque. Une tentative de suicide pourrait justement constituer l'aboutissement d'une telle détérioration. Quant aux intervenants sociaux,

ils se spécialiseront plus que jamais dans la protection des individus, au détriment de la relation d'aide et de la prévention primaire.

Le même rapport de force ... décentralisé

Qu'en est-il, dans le rapport Rochon, de cette fameuse structure démocratique de partenaires égaux dont nous aurions aimé que le rapport Harnois fasse la promotion ? A notre avis, nous ne sommes pas plus près d'une telle structure après le rapport Rochon qu'après le rapport Harnois. Encore une fois, la critique du système actuel nous a étonné par sa pertinence et sa perspicacité, mais les recommandations nous ont déçu par leur manque d'envergure et d'audace. En proposant la création de régies régionales, les commissaires avaient, semble-t-il, le désir de démocratiser le système actuel. Cependant, ils ne font que reporter le rapport de force très inégalitaire de ce système au niveau des régions. Les mêmes jeux de pouvoir que nous connaissons présentement vont reprendre de plus belle dans chacune des régions. Les groupes d'intérêts vont utiliser leurs ressources pour faire élire « leurs » candidats. Comme le dit si bien Lesemann :

C'est un bel exemple d'utopie technocratique que d'imaginer qu'un sursaut de rationalité, d'appel au bien commun puisse mettre au pas des intérêts particuliers si puissants (Lesemann, 1988, 140).

Ce dont le système a besoin, c'est d'un nouveau rapport de force et non d'un nouveau champ de bataille. Pour mettre en place un nouveau rapport de force, il aurait fallu avoir le courage de limiter concrètement le pouvoir des technocrates, des établissements, des médecins, et d'assurer, par des moyens concrets, aux groupes plus fragiles mais plus représentatifs de l'ensemble de la population ou des gens aux prises avec certains problèmes sociaux ou de santé, une place et un pouvoir réels et significatifs.

Concernant le rôle des ressources communautaires, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux ne fait guère mieux que le Comité de la politique de santé mentale. Après avoir reconnu l'originalité et la spécificité des contributions des ressources communautaires, après avoir affirmé que « la véritable participation de la communauté s'est développée à la périphérie du réseau, dans les organismes communautaires et bénévoles » (Rochon, 1988, 424), les commissaires ne leur laissent qu'un rôle supplétif par rapport aux établissements du réseau public. Ils avaient pourtant perçu la force et le dynamisme des ressources communautaires. Avec un peu de hardiesse de leur part, ils auraient pu canaliser cette grande énergie vitale pour la diriger vers le cœur même du système socio-sanitaire québécois, afin que ce dernier respire plus allègrement et qu'il devienne aussi vivant que les communautés qu'il essaie de desservir.

Conclusion

Les tendances perçues dans les trois rapports que nous venons d'examiner trouvent leur prolongement dans le document du MSSS d'avril 1989

intitulé « Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations ». Au niveau de l'analyse et des grands objectifs, ce document fait preuve d'une vision globale et d'une compréhension approfondie des réalités sociales et sanitaires du Québec. Cependant, au niveau des changements qu'il préconise, la priorité du médical sur le social est confirmée et renforcée. Comme dans les trois textes étudiés précédemment, les conditions socio-économiques des gens sont prises en compte dans la partie théorique du document, mais pratiquement évacuées des améliorations préconisées dans la partie pratique. Également, selon ce que laisse entrevoir le document, la prévention primaire n'aurait pas, dans les faits, une place plus importante que celle qu'elle occupe présentement.

Nous ne pouvons guère nous attendre à ce que le suicide soit traité différemment des autres problèmes sociaux au Québec. Pourtant, la réaction des citoyens et de professionnels face à ce problème relativement neuf dans notre société est spontanée, authentique et généreuse. Dans plusieurs villes du Québec, des ressources communautaires autonomes ont émergé. Les interventions sont variées, de type préventif autant que curatif. Il existe même une association québécoise de suicidologie, fondée en 1987, regroupant bénévoles et professionnels intéressés à ce problème social et ayant déjà tenu trois colloques provinciaux très dynamiques.

Cette façon enthousiaste de répondre à un problème social peut déboucher sur des interventions très pertinentes et innovatrices. Idéalement, l'État devrait soutenir ces initiatives en leur donnant une aide financière stable et en leur prêtant des professionnels pour jouer un rôle de conseiller et, au besoin, de facilitateur. L'aide financière devrait être suffisante pour assurer un salaire adéquat à un nombre minimum d'employés, lesquels pourraient s'entourer de collaborateurs bénévoles.

Malgré un discours favorable aux ressources communautaires, les trois rapports que nous venons d'étudier aboutissent à des recommandations qui apporteront peu de changements significatifs au système socio-sanitaire plutôt sclérosé qui s'est développé au Québec. Au bout du compte, les auteurs de ces documents, malgré leur bonne volonté et leurs bonnes intentions, se seront fait les alliés des intérêts des forces dominantes de notre société. Le changement social important qu'on aurait pu espérer de leurs rapports devra venir d'ailleurs ou en d'autres temps.

Références

- CHARRON, M.F. *et al.*, 1984, Bilan des connaissances sur la problématique du suicide au Québec, *Service social*, 33, n° 2-3, 357-397.
- CHARRON, M.F., 1981, *Le suicide au Québec : analyse statistique*, Services des études épidémiologiques, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.

- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE, 1987, *Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE, 1982, *Avis sur la prévention du suicide*, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.
- GODUE, C., CHAMBAUD, L., 1987, Les risques d'une politique de santé, *Revue canadienne de politique sociale*, n° 18, 112-121.
- HANIGAN, D., 1987, *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées : recension des écrits et propositions d'action*, Synthèse critique de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec.
- LESEMANN, F., 1988, Le Rapport Rochon et le « social » : une interprétation, *Intervention*, n° 80, 66-74.
- LESEMANN, F., 1988, Le Rapport Rochon : l'introuvable consensus, *Revue internationale d'action communautaire*, n° 19/59, 137-143.
- LESEMANN, F., LAMOUREUX, J., 1987, *Le rôle et le devenir de l'État-Providence*, Synthèse critique de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1988, *Et la santé, ça va ? : rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- MISHARA, B., TOUSIGNANT, M.-Y., n° 1, 1983, Pour une véritable prévention primaire du suicide, *Revue Québécoise de Psychologie*, 21-31.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1987, *Le suicide au Canada : rapport du Groupe d'étude national sur le suicide*, Gouvernement du Canada.
- ZOLA, I. K., 1981, *Culte de la santé et effets de la médicalisation*, *Médecine et Société : les années 80*, Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin.

Summary

Starting from three documents published by organizations set up by the Québec government, the author examines how the government intends to give direction to and build a framework for social intervention in the area of suicide. The article looks at the fate that social policies could and, according to the author, should reserve for suicide. The author argues for an approach that fully recognizes the social dimension of suicide and that emphasizes primary prevention as well as government support for an autonomous community network that would have equal footing with the public network.