

Virage ou mirage ambulatoire?

Diverses tendances lourdes impriment au système de soins le processus que les Québécois ont nommé le virage ambulatoire. La réforme québécoise donne à réfléchir. Elle a le mérite d'être relativement transparente et de ne pas cacher les impératifs budgétaires qui ont présidé à son établissement. Mais à côté de ces considérations financières, c'est une réforme complexe du système de soins qui a été tentée, avec un relatif (in)succès et de nombreux effets pervers négatifs. En Belgique, le futur décret en préparation à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (Cocof), aurait la grande ambition de penser et d'organiser l'ambulatoire sans être astreint à une politique de restriction des moyens, mais à partir d'une conception ambitieuse incluant les dimensions sociales-citoyennes, environnementales et économiques de la ville en santé.

PAR PIERRE ANSAY

Le virage ambulatoire est un processus généralisé à l'œuvre dans les pays occidentaux, depuis les années soixante, processus plus marqué dans les pays disposant d'un État providence légitime et généreux dans ses modalités redistributives. Plusieurs notions s'offrent à nous: les soins ambulatoires, le virage ambulatoire, l'opposition pas toujours structurante entre l'hébergement lourd et les dispositifs légers « de terrain », « extra-muros » et « services à domicile » et la première ligne de soins renvoyant à la seconde ligne et à la troisième, et.

APPROCHE ET HISTOIRE D'UNE NOTION

La définition minimaliste résume ainsi: « Virage dans l'organisation des services de santé où la personne pouvant se déplacer n'est plus hospitalisée pour recevoir les traitements et les interventions nécessaires ». En quelque sorte, le système est mis en mouvement, le patient déambule, le médecin se

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

déplace, l'infirmière va partout, l'hôpital s'amaigrit, la première ligne « devrait se renforcer » mais sœur Anne qui ambule ne palpe pas toujours les moyens supplémentaires promis.

Il s'agit là, à vrai dire, autant d'un processus de déinstitutionnalisation que d'un processus de reconfiguration du système de soins. Ainsi, en santé mentale, le virage québécois obéit à la règle impérative du 40-60, à savoir une redistribution, avec restrictions budgétaires, de 60 % hospitalier et 40 % communautaire vers la redistribution inverse.

Comme l'indiquent plusieurs commentateurs, notamment au Québec, dans le virage ambulatoire, il faut pointer la notion de « virage » que d'aucuns, notamment les associations professionnelles et syndicats infirmiers estiment être une embarquée, voire un mirage. Certains diront que ce n'est là qu'un discours « cache-sexe », destiné à masquer, à induire divers effets de méconnaissance sur la réalité des mesures de restriction budgétaire adoptées par le gouvernement québécois dans le cadre de sa politique de soins.

Le virage ambulatoire a souvent commencé dans le secteur de la santé mentale et s'est prolongé dans les soins généralistes et à partir des actes médicaux lourds, tels la chirurgie, l'oncologie et autres interventions nécessitant l'utilisation de techniques et d'appareillages médico-techniques où le capital se substitue au travail. La réflexion sur l'ambulatoire doit s'accoler à la réalité de la « première ligne ». Le concept de « première ligne » comme celui d'ambulatoire sont datés historiquement: les années soixante, l'alternative à l'hospitalisation en soins psychiatriques et l'alternative au placement pour les jeunes ayant commis des actes de délinquance. En effet, un vaste mouvement de contestation des grands ensembles qui surveillent et punissent (l'hôpital, le home, la prison, la caserne, l'asile, l'école, l'usine) critique les dimensions totalitaires de l'institution fermée. Le système pyramidal et vertical semble devoir laisser partiellement la place à l'organisation horizontale « réseautique ». Ce processus est généralisé en Occident. Le mouvement de déshospitalisation s'accompagne des vertus supposées du retour du malade au sein de pratiques communautaires et d'un milieu de vie plus accueillant.

Une autre source, ce sont les problèmes relationnels, les malaises existentiels et comme l'écrivait Spengler, « la femme orientale fait des enfants et la femme européenne a des problèmes psychiques ». Cette revendication curieuse de libertaires désorientés demandant à l'État de pouvoir à leur bien-être psychique émane des couches moyennes cultivées et post-soixante-huitardes¹. Une conception élargie de la santé mentale urbaine est issue de ces revendications et de ces demandes paradoxales dans le chef de couches sociale au demeurant fort individualistes: « Ô! cher État cher, je suis dans un triste état, tes rêves sont mes cauchemars, mais signe seulement un chèque pour mes dépenses divan et mon âme sera guérie! » La création des centres de santé mentale, des plannings familiaux répondent à des demandes de libération adressées à des tiers et datées des années septante.

¹ Voir la contribution de Jean De Munck dans ce dossier.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

Pointons aussi les progrès spectaculaires de la technologie médicale : l'avancement de la technologie améliore le temps et les *modus operandi* de l'acte chirurgical : le laser est moins invasif que le scalpel du chirurgien, la résonance magnétique améliore le diagnostic et diverses techniques permettent, pour le bien et l'intérêt de tous, d'abrèger le séjour en hôpital et de laisser le client retrouver plus rapidement son milieu familial et son engagement professionnel. Il est patent, cependant, que le virage ambulatoire en santé mentale obéit à des impératifs non technologiques : les pressions à la déhospitalisation y sont plus vives, les critiques de l'hospitalisme et du savoir-pouvoir médical plus radicales.

Ajoutons que la constellation « ambulatoire » prend son sens dans plusieurs mouvements, l'observation est générale en Europe, d'une hausse des couts de la santé, d'un vieillissement de la population, de la généralisation et de l'allongement des files d'attente dans les hôpitaux publics et d'une privatisation partielle et croissante des soins de santé. Dès lors, des mesures de surveillance, de compressions, de contrôles sont à l'ordre du jour : augmentation du ticket modérateur, surveillance des prescriptions et contrôle du cout des spécialités pharmaceutiques, fermeture de lits d'hôpitaux, mise en réseau et structures hospitalières intégrées, etc.

Plusieurs spécialistes de la santé ne manquent pas d'accoler le virage ambulatoire à la privatisation, larvée, dissimulée ou même revendiquée, du système de santé. Rendre les patients à eux-mêmes, les renvoyer à leurs réseaux relationnels produit, en aval de la décision du virage un énorme marché du soin à domicile dont l'économie sociale s'efforce de capter un segment.

Le virage ambulatoire, qu'il soit inspiré par une recherche de meilleure adaptation du système de soins à l'évolution de la demande et de la société ou qu'il réponde, par la rigueur budgétaire, à des tentatives de maîtriser les dépendances inflationnistes de santé, a développé, en aval des structures hospitalières, divers types de dispositifs. Les modalités de coopération entre eux et avec les acteurs sociaux et l'indépendance qu'ils devraient pouvoir maintenir par rapport aux hôpitaux dont ils peuvent s'avérer les partenaires indispensables constituent des enjeux stratégiques pour la classe politique appelée à légiférer.

Bref, deux ordres de raisons se poussent l'un l'autre à défaut de s'épouser : d'une part, les vertus supposées de la première ligne épargneuse des deniers publics et généreuse en soins généralistes couplée aux vertus de l'autonomie et du patient qui se prend davantage en charge et de l'autre, la promotion d'une médecine de la parole qui guérit.

LA DYNAMIQUE AMBULATOIRE QUÉBÉCOISE

Comme précisé, le virage ambulatoire est inséparablement « une reconfiguration », un « réaménagement » du système de soins : fusion d'établissements, conversion et/ou fermeture de type de lits, changements des missions des médecins de première ligne, etc.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

Cette reconfiguration entraîne des pertes d'emploi importantes: trente-mille pertes d'emploi pour le Québec depuis le début de la réforme, entamée au début des années quatre-vingt, sur fond de compression et de coupures budgétaires. Près d'un quart des lits psychiatriques québécois (trois-mille sur treize-mille) devront être fermés à l'horizon 2005, la fermeture des lits psychiatriques a été programmée dans six hôpitaux montréalais en 1998. Ajoutons huit-cents mises à la retraite sans embauche compensatoire sur la seule année 1997 au centre hospitalier universitaire de Montréal, fermeture de sept hôpitaux dans la même ville. Du virage à « vous êtes virés », la glissade est aisée.

Sur le terrain et en première ligne, on observe la mise au point de réseaux formels horizontaux d'acteurs des soins et une intégration verticale avec les hôpitaux et les intervenants de seconde et de troisième ligne poussée. Le Québec connaît depuis une dizaine d'années une crise grave de son système de santé: il n'est pas une semaine que de graves dysfonctionnements fassent la une des journaux, que des journalistes aillent enquêter en Europe et scruter les vertus du système belge tant vanté là-bas. Cette crise doit d'abord se lire comme une crise de l'offre médicale et de l'accès aux soins et moins comme une crise de la qualité du soin: pour une opération du cancer du sein au 31 mars 2001, le délai d'attente est de plus de huit semaines et le délai d'attente est plus long pour un plus grand nombre de patients relativement au cancer de la prostate. La durée d'attente pour une chirurgie cardiaque peut dépasser les trois mois. Le séjour moyen sur civière en couloir est passé, pour les personnes hospitalisées, pour la période 1995-2000, de 17,9 heures à 29,8 heures.

Dès les premiers frimas de l'hiver, le nombre de places disponibles en urgence dans les hôpitaux est annoncé systématiquement, tout comme la météo, à la première page du journal télévisé. De l'autre côté de la frontière, dans l'État du Vermont², des cliniques américaines se sont spécialisées dans l'accueil et le traitement des malades québécois fortunés souffrant d'un cancer, afin de recevoir, dans les meilleurs délais, le traitement approprié. Les analyses convergent sur les constats, donc: files d'attente dans les services, mauvaise répartition géographique de l'offre, délai d'attente dramatiquement trop longs pour certaines interventions et prestations, coûts élevés pour les spécialités pharmaceutiques et les soins dentaires, manque crucial de médecins généralistes, d'infirmières et de personnel hospitalier, concurrence entre les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)³ et les polycliniques privées. Sous la pression du grand voisin américain, le Québec marche peut-être vers une privatisation accrue des soins de santé.

Là où la dimension de l'accès géographique est nodale, c'est incontestablement une crise de l'offre doublée d'une restriction budgétaire qui ont présidé au virage ambulatoire dans une entité peuplée de huit millions d'habi-

² Une excellente illustration cinématographique du processus est donnée dans le dernier film du cinéaste québécois Denis Arcan, *Les invasions barbares*, qui fait suite, près de trente ans plus tard, au fameux *Déclin de l'empire américain*.

³ Les C.L.S.C. québécois constituent un mixte entre nos maisons médicales et nos centres d'action sociale globale, ces derniers ayant succédé à Bruxelles aux centres de service sociaux.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

tants et grande comme quatre-vingt-quatre fois la Belgique: les incitants financiers et fiscaux ne réussissent guère à « exiler » un médecin formé à Montréal ou à Québec pour exercer sa pratique à Rouyn Noranda ou à Chicoutimi, voire dans le Grand Nord.

En outre, à la différence du système fédéral belge, qui garantit des compétences exclusives aux Communautés et aux Régions, et donc la non-ingérence de l'État fédéral dans leur législation et leurs budgets, l'État fédéral canadien dispose « du pouvoir de dépenser », c'est-à-dire d'intervenir au sein des champs de compétences dévolus aux Provinces et de leur proposer, sous conditions qu'ils fixent, des rallonges budgétaires. L'État fédéral canadien dispose souvent, en effet, de surplus à la fin d'un exercice budgétaire, et est tenté de « venir en aide » aux Provinces dans leurs compétences de santé. Mais rien n'est gratuit dans les dons, et dans les rapports tendus qui subsistent entre la Belle Province et le Canada, l'adage de Virgile, *Timeo Danaos et dona ferentes*⁴ est bien assimilé par les Québécois, surtout chez les souverainistes.

Compressions, coupures et contrôles sont à l'ordre du jour. Les quotas d'heures infirmier semblent insuffisants, aux dires des organisations représentatives, pour faire face aux nouvelles tâches et nouveaux besoins. Des « désassurances » ont été imposées à la population, (physiothérapie, soins dentaires, ophtalmologie, médicaments, etc.). Selon les études macroéconomiques, le vieillissement de la population entraîne un accroissement marginal dans les coûts avec l'adoption de technologies médicales lourdes qui nécessitent, pour l'amortissement et la rentabilité, un usage intensif pas toujours indiqué. Globalement, pourtant, le Québec consacre près de 10 % de son produit intérieur brut à la santé, au deuxième rang des pays de l'O.C.D.E., après les États-Unis. L'institut canadien d'information sur la santé publiait récemment des chiffres démontrant que le Québec arrive bon dernier dans les provinces canadiennes avec des dépenses annuelles de 3 182 dollars par habitant. Avec ses 9,5 % de son P.I.B. consacrés à la santé, le Québec distance pourtant les provinces riches de l'Alberta, (6,6 %) et de l'Ontario (8,9 %) avec une moyenne nationale de 9,1 %

Les résultats produisent diverses dynamiques: réduction du nombre de lits et des durées de séjour; ainsi, en psychiatrie adulte de courte durée, la durée moyenne de séjour en 2000 a diminué de 4,1 jours par rapport à 1995, réorganisation de la chirurgie d'un jour, expansion des cliniques externes spécialisées et des services ambulatoires, expansion des services à domicile et des services intensifs à domicile, développement d'alternatives à l'hospitalisation, création de centres de jour, de centres de crise, expansion des activités et services confiés à des « organismes communautaires⁵ ».

⁴ « Je crains les Grecs et les faiseurs de cadeaux » qui renvoie aussi à l'allemand « Gift » signifiant doublement cadeau et poison, au grec « dosis » avec la même polysémie et à notre expression française « un cadeau empoisonné ».

⁵ « Organisme communautaire »: désigne au Québec une association au sens commun ou un « dispositif » selon la terminologie fixée par P. Ansay: « Au-delà de l'administration et de l'institution: le "dispositif", un nouveau concept pour une nouvelle réalité », dans *La Revue nouvelle*, septembre 2000, p. 70. La frontière entre association et dispositif semble assez floue au Québec et les législations relatives aux acteurs sociaux moins sophistiquées.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

Précisons que certains pans du virage québécois ne ressortissent pas aux compétences de la Cocof, notamment dans la chirurgie d'un jour ou les programmes chirurgicaux et oncologiques à hospitalisation réduite, du ressort, en Belgique, de l'Inami. Mais les services à domicile, les soins palliatifs, la politique d'information à la santé, les centres de jour, les centres locaux de services communautaires, les centres de santé mentale organisés par cette dynamique montrent de nombreuses similitudes avec les compétences de santé « déversées » par les accords de la Saint-Michel et le décret y afférent, de la Communauté française vers la Région wallonne et vers la Cocof.

AU QUÉBEC, MAMAN PROVIDENCE REMPLECE L'ÉTAT PROVIDENCE

« Le virage ambulatoire » reste donc, aux yeux de bon nombre de praticiens québécois, une notion confuse et nébuleuse. Le discours qui en accompagne l'expression « raconte » qu'il s'agit de rendre le bon service à la bonne personne au bon endroit et au bon moment. Certains ajouteront qu'une volonté politique existe et qu'elle a concrétisé ses effets: les pratiques instituées ont en commun d'éviter et de raccourcir les hospitalisations, de s'adresser à des patients qui peuvent se déplacer, (déambuler) pour recevoir les services plutôt que d'être hospitalisés. Certains ajouteront que mettre progressivement en concurrence le secteur public, le secteur d'économie sociale et le secteur privé pourrait sortir des effets bénéfiques pour les patients: diversification de l'offre, sanctions possibles pour les prestataires médiocres, une dose raisonnée de marché pourrait fournir la meilleure évaluation par des patients qui voteraient sur la qualité des prestations avec leurs pieds. Il convient de prendre acte que « la santé a un prix », et que les ressources sont rares par rapport à des attentes théoriquement infinies d'une population vieillissante: en 1986, au Québec, les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus comptaient pour un peu plus de 8 % de la population alors qu'elles monopolisaient 43 % du système de santé; cette population dépasse 12 % en l'an 2000 et va retenir 70 % des soins de santé. Se profile dès lors les aliments pour une lutte des âges: 80 % des couts de la santé pourraient être accaparés, dans un avenir proche, par les personnes de plus de soixante ans.

Le virage ambulatoire québécois vers les organismes communautaires ne signifie pas pour autant une autonomie accrue des prestataires de soin de la première ligne. Curieusement, la tendance va au contrôle accru des hôpitaux au détriment de la consolidation des acteurs de première ligne indépendants. Les dernières mesures prises par le ministre de la Santé annoncent un sous-financement relatif des centres locaux. Les urgences des hôpitaux sont, plus qu'avant, les portes d'entrée du système de soins québécois, engendrant des files et des drames. Le syndrome de la porte tournante⁶ et du retour aux urgences est constaté. Le nombre de retours à l'hôpital pour

⁶ Syndrome de la porte tournante: on entre à l'hôpital et on en ressort pour y rentrer à nouveau.

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

une réhospitalisation a presque doublé en dix ans, lié à des complications survenues à domicile.

La domination médico-hospitalière s'accroît, diront certains. Les médecins et gestionnaires d'hôpitaux définissent orientation et besoins et ne placent certainement pas les « citoyens en santé » au centre des décisions. Les innovations technologiques lourdes et coûteuses sont concentrées dans les hôpitaux, avec un difficile contrôle des dépenses engagées. La déshospitalisation pour certains soins entraîne des complications et une baisse de la qualité des soins. Et puis le virage est loin de signifier une diminution mécanique des coûts: certains services spécialisés doivent répondre à de nouvelles situations et la dépense en médicaments et en pansements semble augmenter relativement à l'ampleur du virage.

Bon nombre de patients fortunés et isolés recourent à un accompagnement fourni par des firmes privées spécialisées en prestations et services de divers ordres et on assiste ainsi à la naissance d'un ambulatoire à deux vitesses avec le privé qui s'installe dans les segments les plus juteux. Depuis l'instauration du virage ambulatoire, la part des dépenses privées a crû de 17 % à 27 % dans le budget des ménages.

Certains prestataires de soins sont victimes d'agression sur le trajet ou sur le lieu du domicile de leurs patients: la sécurité des soignants est loin d'être assurée. Les personnes défavorisées ne disposent pas toujours d'un logement adéquat pour les soins à domicile et parfois le contexte familial était à la source de la pathologie pour laquelle on veut pratiquer un retour ambulatoire. D'une manière générale, le système, tel qu'organisé, ne semble pas offrir de garanties suffisantes pour les défavorisés.

La critique la plus dure a évidemment trait à la surcharge et l'épuisement nerveux des aidants naturels et le déversement des problèmes, l'ajustement qui s'effectuera sur le dos des infirmiers et infirmières et d'une manière plus générale, sur les prestataires de première ligne. Les féministes québécoises et les syndicats d'infirmiers(ères) sont évidemment très caustiques car pour eux, pour elles, le virage ambulatoire signifie un surcroît de travail invisible et non rétribué pour les femmes de la famille, une surcharge de travail pour les infirmiers, qui sont très majoritairement des infirmières. D'après une récente étude de Santé Québec, plus de 35 % des femmes et 20 % des hommes qui agissent comme aidants naturels présentent un niveau élevé de détresse psychologique. La prise en charge d'un malade dans la sphère familiale n'est pas sans poser divers problèmes pour les couples et pour l'éducation des enfants. Le nombre d'heures rémunérées en soins infirmiers est drastiquement réduit. La fédération des infirmiers et des infirmières du Québec précise que « cette situation atteint un point tel que nous pouvons nous demander quelle part des soins infirmiers fera encore partie du panier de services assurés au terme des réformes québécoises »

Le remboursement des médicaments est soumis à l'obligation de contracter une assurance spécifique, même si la gratuité ou les réductions sont assurées pour les moins de dix-huit ans, les seniors et les personnes socialement assistées. Tout assuré doit acquitter une franchise importante avant

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

de bénéficier de la gratuité des médicaments prescrits. Les frais dentaires et de lunetterie sont à la charge des assurés.

Mentionnons enfin que bon nombre de praticiens extrahospitaliers n'ont pas reçu la formation adéquate pour prester hors hôpital sans soutien d'une équipe.

QUELLES LEÇONS TIRER DE CETTE EXPÉRIENCE?

Bon nombre d'observateurs québécois soulignent la relative brutalité de la réforme, la précipitation: on a mis à la retraite médecins et infirmières et dû les réengager, deux ans plus tard, selon des modes de rémunération plus onéreux; bon nombre de praticiens expérimentés ont quitté le Québec et monnaient leurs talents dans d'autres provinces ou aux États-Unis, avec, disent-ils, de meilleurs rémunérations et une meilleure reconnaissance de leurs capacités. La prudence, donc, et la concertation s'imposent.

Si la médecine et les soins de première ligne ne sont pas valorisés, subventionnés et légitimés d'une manière adéquate, si leur indépendance face à la structure hospitalière n'est pas garantie, si les circuits de soins ne sont pas mis sur pied dans le respect des divers intervenants qui le composent, le virage ambulatoire est l'amorce d'une privatisation accrue du système de santé et le développement d'une médecine à deux vitesses: prolifération de services privés haut de gamme avec hospitalisation pour les riches et ambulatoire de base avec des intervenants de première ligne sous-rétribués pour les autres.

Une mobilisation perverse des acteurs de la société civile peut se glisser dans les meilleures intentions: la tradition anglo-saxonne et protestante du « sauve-toi toi-même », la dynamique du développement communautaire à base de ségrégation spatiale dans la ville nord-américaine, la notion même d'auto-implication⁷ peuvent constituer un cache-sexe pour une privatisation larvée des systèmes de santé.

En Wallonie comme à Bruxelles, nous disposons, dans la tradition de l'ambulatoire associatif, de deux dispositifs légitimés et subventionnés par la loi: les maisons médicales et les centres de santé mentale, deux avant-gardes qui peuvent, en outre, s'hybrider entre elles, se mettre en réseaux avec d'autres intervenants médicaux comme les aides aux toxicomanes et les centres de planning familial et avec des intervenants plus sociaux comme les Centres d'action sociale globale, les missions locales pour l'emploi. La construction d'un virage ambulatoire administré et soutenu par l'autorité publique doit s'appuyer sur ces deux forces qui ont derrière elles plus de vingt années de pratique.

⁷ *Empowerment*: auto-implication. Dans une perspective « protestante-sociale », l'individu est mauvais et la société bonne et il convient que son implication dans un processus communautaire puisse le corriger, à l'inverse de notre rousseauisme où l'individu est bon et la société perverse, l'État devant corriger les inégalités par sa magistrature sociale.

LES AMBITIONS DE LA COCOF EN MATIÈRE AMBULATOIRE

Pour ce qui concerne la Cocof et ses compétences en matière de santé, il convient de préciser que le « virage » est partiellement réalisé, sans trop de dérapages ni de mirages avant même que la Cocof n'hérite, lors des accords de la Saint-Michel, des compétences de la Communauté française en la matière. La Cocof a poursuivi l'effort en adoptant cinq décrets: le décret portant agrément et subventionnement des centres de santé mentale, le décret relatif aux centres de toxicomanie, le décret relatif aux centres de coordination des soins à domicile, le décret sur les centres de téléaccueil et le décret portant création du Conseil consultatif francophone de l'aide aux personnes et de la santé. L'objectif est dès lors d'unifier et de coordonner des acteurs de proximité et de tenter de proposer des règles du jeu qui administrent le marché et stabilisent les acteurs publics et parapublics du curatif et du préventif, non pas à partir de l'imposition du haut ni de principes abstraits, mais en proposant de lignes d'action communes ou à tout le moins coordonnées au sein de circuits et de réseaux de soins. La préparation d'un décret unifiant et organisant les pratiques ambulatoires devrait fournir une batterie stable de critères de subventionnement et d'agrément: il faut se rappeler que la santé reste un des derniers secteurs fortement pilarisés, et que la tentation est grande, pour les décideurs politiques, de servir d'abord ceux qui les ont servis dans les réseaux d'allégeance dont ils sont issus.

Le risque est de voir émerger un conflit, une rivalité improductive entre le paradigme de la « mentalisation » de la maladie et de la médicalisation des souffrances psychiques: les demandes de soins varient selon bien des paramètres et l'on sait les puissances du pouvoir médical et sa capacité de configurer la demande à partir de ses paradigmes et paramètres.

En effet, les recherches effectuées en préparation du futur décret laissent voir la difficulté de constituer un front uni de type « unis tous pour construire et faire de Bruxelles une ville en santé ». Les acteurs de la santé, en effet, ne se réfèrent point à un référentiel commun qui dirait le sens, partagé par tous, de la santé, de la maladie et des moyens de la combattre. La supérette médicale est bien fournie: adeptes de la médecine lourde, de la cure par la parole, de la prévention, de l'action sociale en santé, des médecines douces inspirées par l'orientalisme, des thérapies médicamenteuses et récemment irruption aussi des thérapies « ethniques » et de santé communautaire. La seule solution, pour le pouvoir politique, est d'élaborer des critères seuil d'agrément et d'instaurer, comme principe régulateur de sa politique le principe d'égalité sollicitude et de neutralité éthique: reconnaître la coexistence de plusieurs conceptions de la vie bonne et de la bonne santé, c'est, à Bruxelles, pratiquer le multiculturalisme tant vanté en matière de soins et de production de la santé.

Dans cet élargissement de l'ambulatoire, il convient d'inclure une définition élargie de la santé et des soins, incluant la participation et les droits de l'utilisateur, une politique de santé publique volontariste qui donne des moyens à des acteurs de première ligne et la participation active des acteurs au pro-

SOINS AMBULATOIRES: QU'EST-CE QUI BOUGE?

jet de « ville santé ». Dans le dessein de cette perspective, le décideur politique doit prendre conscience qu'il n'est pas suffisant, pour améliorer la santé d'une population de transférer une partie des dépenses de santé vers d'autres secteurs porteurs à terme d'une amélioration de la santé: éducation, environnement, conditions de travail. En effet, l'amélioration des indicateurs de l'état de santé d'une population n'a pas pour corollaire l'amélioration de la santé des malades et l'augmentation de la qualité du soin. Il ne convient pas, à la suite du déversement de l'hôpital vers la première ligne, de poursuivre, d'une manière irréfléchie, le déversement du médical vers l'action sociale: la prévention ne soigne pas et ne guérit pas davantage, le social ne saurait pas remplacer le médical ni le colloque singulier et la parole adressée en promesse de guérison, à moins de dessiner les contours d'un nouveau totalitarisme.

Pierre Ansay

Je remercie chaleureusement Richard Paradis (délégation Wallonie-Bruxelles à Québec) et Thierry Lahaye (administration de la Cocof à Bruxelles) pour leur aide et leurs précieuses remarques.