Document généré le 13 juil. 2025 03:56

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

La prise en charge communautaire de la santé au Québec
Community Control of Health in Quebec
La participación responsable de la comunidad frente a la salud en Quebec

Frédéric Lesemann

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034816ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034816ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lesemann, F. (1979). La prise en charge communautaire de la santé au Québec. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 5–15. https://doi.org/10.7202/1034816ar

Résumé de l'article

La question de la prise en charge communautaire de la santé au Québec est aujourd'hui principalement polarisée autour de celle du rôle des Centres locaux de services communautaires (CLSC) institués par la réforme des services de santé et des services sociaux en 1971.

Le modèle des CLSC est la résultante de deux fonctions principales que doit gérer l'Etat québécois : une fonction économique de diminution draconienne des coûts pour laquelle le modèle du CLSC joue un rôle primordial car il propose des soins simples, globaux, préventifs, de base, etc., *et* une fonction sociale, celle d'exercer le contrôle politico-social des catégories sociales pauvres par une politique de participation intégrative.

Toute l'évolution récente des CLSC est marquée par la tension que suscite la gestion simultanée de ces deux fonctions contradictoires sous plusieurs aspects. Le contexte de crise économique favorise la prédominance de la fonction économique, ce qui se traduit par une volonté gouvernementale croissante d'intégrer les CLSC dans le réseau des établissements socio-sanitaires, de les normaliser, au détriment de leur fonction d'innovation, de participation, de contestation, d'orientation communautaire, qui donne son caractère original au modèle théorique des CLSC.

Aussi les CLSC sont-ils actuellement le lieu d'enjeux importants dans les luttes pour une transformation des pratiques de santé au Québec.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La prise en charge communautaire de la santé au Québec

par Frédéric Lesemann

La question de la prise en charge communautaire de la santé au Québec est aujourd'hui principalement polarisée autour de celle, plus globale, du rôle des *Centres locaux de services communautaires* (CLSC) institués par le Gouvernement du Québec dès 1971 dans le cadre d'une vaste réforme des services de santé et des services sociaux.

Les expériences novatrices dans le domaine de la santé ont été représentées jusqu'au début des années '70 par un nombre restreint de projets de cliniques populaires mises sur pied dès 1966 par des groupes de jeunes professionnels de la santé en alliance avec ce qu'on appelait alors les "comités de citoyens". Ces projets avaient en commun d'avoir vu le jour dans le contexte d'une absence de démocratisation de l'accès à la santé – l'assurance-maladie universelle n'est en effet entrée en application au Québec qu'en novembre 1970 – et par conséquent d'avoir été implantés dans les quartiers urbains ou "défavorisés". Les groupes promoteurs étaient mus à la fois par une préoccupation de justice sociale – traduite souvent dans des orientations politiques plus ou moins radicales – et de critique de l'organisation traditionnelle de la médecine et en particulier des pouvoirs et des privilèges des médecins qui y sont attachés. C'est donc dire que ces expériences étaient alors fortement marquées par la préoccupation de rejoindre et de servir les "vrais" besoins des "citoyens" (ou des "travailleurs", selon l'idéologie politique du groupe initiateur du projet). Cette préoccupation se matérialisait par l'encouragement systématique d'une participation populaire active à la gestion et à l'orientation des cliniques, y compris à leur direction. Cet objectif de "démocratie locale" s'inscrivait dans le mouvement de participation généralisée – même si c'était dans un rapport critique à ce mouvement largement suscité par les élites technocratiques ou professionnelles – qui animait la société québécoise vers la fin des années soixante, que ce soit dans le cadre de projets gouvernementaux de développement régional ou de celui des groupes volontaires et/ou professionnels de développement des milieux urbains défavorisés.

Ces projets s'inscrivaient aussi pour quelques-uns d'entre eux dans une radicalisation politique présente à l'aube des années '70 dans les centrales syndicales et dans certains mouvements de quartier porteurs d'un projet de société socialiste pour le Québec qui, en 1970, débouchera sur une tentative de constituer à Montréal un parti politique municipal d'orientation socialiste.

On retrouve donc en concurrence deux dynamiques différentes autour des thèmes de la santé et de la participation. La première est constituée de quelques groupes politisés qui posent la santé comme un enjeu des rapports de classe, réalisant pratiquement un accès local démocratique à la santé pour les travailleurs de tel ou tel quartier, démystifiant le rôle des médecins, etc. La seconde s'inscrit davantage dans la tradition du travail social et de l'animation sociale d'intégrer les assistés sociaux aux mécanismes de fonctionnement de la

société globale, en favorisant leur participation à la gestion de projets de santé locaux et limités. L'accent est davantage mis sur la fonction de la participation intégratrice que sur la santé comme telle. Cette orientation sera très vite prise en charge par l'Etat dans le cadre de son approche "libérale" des problèmes de marginalité sociale et dans le cadre de sa réforme des services socio-sanitaires.

C'est en effet directement dans ce contexte qu'a lieu la réforme de la santé et des services sociaux, dont une des pièces maîtresse est, à plusieurs points de vue, la création des CLSC.

Ces nouveaux établissements se situent à la confluence de deux grands courants économique et social et c'est précisément cette confluence, dans une conjoncture politique précise qui, au delà du modèle de centre local de santé prôné dans de nombreux pays qui cherchent à opérer une réforme de leurs services de santé, leur confère leur spécificité et leur identité. Il me paraît évident que c'est de la clarification historique de l'imbrication de ces deux courants différents que pourra émerger la compréhension de l'évolution récente des CLSC et à travers eux de la prise en charge communautaire de la santé au Québec.

A) Tout d'abord le courant économique. Comme j'ai eu l'occasion de le montrer[1], la logique profonde du Centre local de santé plonge ses racines dans la recherche d'une productivité économique accrue du système des services. Ses caractéristiques d'approche globale (compréhensive care), de soins simples, continus, personnalisés, multidisciplinaires, incluant la participation des usagers, dispensés sur une base locale, etc. sont celles d'un modèle idéal bâti par les économistes de la santé, tant aux Etats Unis qu'au Canada dans la perspective d'une prise en charge universelle par l'Etat des coûts de la santé. Ce modèle cherche essentiellement à corriger les excès de la médecine libérale, toute entière axée sur l'approche individuelle et curative, et par conséquent très coûteuse, qui se traduisent par des déséquilibres et des disparités tant dans l'espace (urbain/rural) qu'entre les catégories sociales (favorisés/défavorisés). Ne pouvant se permettre de financer un système de santé dans son état existant qui ne serait que la matérialisation des intérêts privés orientés vers un profit maximum, l'Etat adhère à la proposition des économistes de la santé de promouvoir un modèle de rationalisation de l'organisation des soins qui soit entre autre caractérisé par une convergence vers une forme ou une autre de centre local de santé comportant les spécificités qui viennent d'être énumérées. Les diverses caractéristiques trouvent leur cohérence profonde dans l'instauration d'une rationalité économique visant à abaisser les coûts de la santé par quatre moyens principaux :

- La prévention et la globalité : les interventions de santé doivent viser de façon spécifique des populations cibles désignées par des indicateurs socio-sanitaires appropriés ; elles doivent abandonner leur caractère ponctuel et individuel au bénéfice d'une approche globale, continue et surtout préventive ;
- la hiérarchisation fonctionnelle des établissements dans un territoire donné, en fonction de leur degré de spécialisation ; on évite ainsi un encombrement inutile et coûteux des établissements spécialisés et munis d'équipements coûteux ;
- la hiérarchisation fonctionnelle des agents de services sanitaires ou plutôt leur "rétrogradation" systématique – dans le sens où l'on tentera de confier à des médecins généralistes une bonne partie des tâches d'un spécialiste, à une infirmière spécialisée certains des actes médicaux d'un généraliste, et ainsi de suite jusqu'aux bénévoles qui sont désormais inscrits comme agents à part entière du système des services ; c'est dans cette perspective qu'il faudra interpréter les courants de déprofessionnalisation, de multidisciplinarité lorsqu'ils sont développés par les technocrates gouvernementaux ;
- le maintien, voire le "refoulement" des problèmes sanitaires à la "base", dans le but de favoriser leur prise en charge par les ressources communautaires peu ou pas coûteuses pour l'Etat, et d'empêcher au maximum ces problèmes de remonter dans le système de services afin d'éviter et son encombrement et l'utilisation excessive de ses paliers supérieurs les plus coûteux actuellement.

B) Le courant social provient de la tradition des Centres sociaux communautaires réactivés au cours des années soixante dans le cadre de la "guerre à la pauvreté", tant aux Etats-Unis que dans diverses provinces canadiennes, dont le Québec, bien sûr. A la différence des centres de santé, il faut bien voir que ces centres communautaires, loin de représenter l'opérationalisation d'un modèle théorique conçu par des experts dans une démarche abstraite, sont l'expression d'un compromis de la part des classes dirigeantes à l'égard des classes populaires dans leur gestion des rapports sociaux. A ce titre, ils sont la traduction organisationnelle d'une concession politique et leur systématisation relève d'une démarche pragmatique. C'est pourquoi ces centres font un large appel à la participation populaire et sont ouverts sur le "milieu" et la prise en charge par les usagers des orientations de leur développement économique et social, plutôt que sur un système institutionnel intégré de services.

Cette confluence de l'économie et du social va caractériser non seulement le modèle théorique d'un centre local socio-sanitaire "à la québécoise", mais également les stratégies d'implantation des premiers d'entre eux, comme nous le verrons.

C'est dans ce contexte général que la création des CLSC va entraîner soit l'intégration soit la disparition pure et simple des cliniques populaires, à l'exception de celle de la Pointe-Saint-Charles à Montréal qui avait d'ailleurs servi de modèle au Gouvernement en 1971 dans son projet d'intégration des deux secteurs jusque là séparés de la santé et des services sociaux.

L'intégration des cliniques dans le plan gouvernemental des CLSC a entraîné du même coup l'intégration de la contestation tant professionnelle que populaire de la santé dans le cadre et les limites de cette nouvelle structure par ailleurs relativement souple. Les luttes et les contestations issues de la profession médicale semblent étrangement entièrement intégrées à l'intérieur des CLSC. C'est là qu'on retrouve les médecins "contestataires" qui dans d'autres pays se situent souvent carrément en marge du système de santé. Ce phénomène contribue sans doute à conférer aux CLSC leur caractère progressiste, mais c'est aussi là toute la force et toute l'ambiguïté, au plan de la gestion des rapports sociaux, des initiatives d'un Etat néo-libéral.

Cette prise en charge quasi totale de la problématique de la santé par l'Etat québécois au cours des dernières années nous amène à nous poser la question de l'efficacité de cette initiative par rapport aux objectifs politiques d'une démocratisation de l'accès aux services sanitaires, d'une transformation des pratiques professionnelles, d'une amélioration de la prise en charge par la communauté de la santé tant individuelle que collective. La création des CLSC semble-t-elle avoir contribué à la réalisation de ces objectifs initialement visés par la réforme de 1971, ou au contraire n'a-t-elle pas eu d'effets sur eux ? C'est le type de question sur lequel les participants d'une table ronde réunie spécialement pour la préparation de ce numéro se sont penchés. Leur discussion est reproduite ci-après. Mais auparavant, il convient de s'arrêter sur le processus historique de mise en place des CLSC au cours des dernières années. Il permet en effet de discerner les principaux enjeux sanitaires sociaux et politiques dont sont porteurs ces établissements.

L'ÉVOLUTION DES CLSC

Les CLSC opérationalisent, on l'a vu, les principaux concepts de la réforme technocratique de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. On peut même dire qu'ils ont joué pour les nouvelles élites au pouvoir un rôle offensif dans l'imposition du nouvel ordre socio-sanitaire qu'elles avaient défini. Dans ce sens, ils offrent donc un lieu privilégié d'observation et d'analyse des principaux enjeux sociaux qui sont liés au processus de la réforme. Un observateur averti de la scène politique québécoise l'a d'ailleurs vite reconnu qui affirmait dès 1974 :

> Les CLSC revêtent aujourd'hui une importance stratégique. Ils permettent de saisir sur le vif... l'essentiel du conflit en cours entre le ministère des Affaires sociales, les médecins, les autres professionnels de la santé et des services sociaux et les groupes populaires.[2]

Lorsque les experts technocratiques conçoivent le modèle du CLSC comme expression concentrée et intégrée de l'objectif de contrôle de l'augmentation des coûts du système de santé dont ils ont eux-mêmes universalisé l'accès, ils cherchent à contrecarrer la logique, inscrite au coeur même de la société capitaliste, "selon laquelle une bonne santé dépendrait presque uniquement de la production, de la distribution et de la consommation de marchandises..."[3]. La formulation d'un modèle axé sur la pratique d'une médecine sociale, préventive, globale, faisant appel à la participation et à la prise en charge communautaire va à l'encontre de "l'équation entre guérison et consommation... par laquelle les problèmes de santé sont transformés en problèmes particuliers de consommation sur un marché économique précis"[4]. Les experts étatiques s'opposent donc aux intérêts économiques dominants, ainsi qu'aux organisations de production des services existantes et aux agents professionnels qui leur sont attachés lorsqu'ils interviennent, au nom des intérêts des "défavorisés", pour promouvoir une plus juste répartition des ressources, c'est-à-dire lorsqu'ils tentent de contrôler les conséquences sociales de l'accumulation économique croissante que connaissent les sociétés "post-industrielles".

On le constate, le concept de CLSC doit davantage être appréhendé comme un ensemble de fonctions sociales spécifiques, inscrites dans les rapports de pouvoir constitués dans le domaine socio-sanitaire que comme un établissement. Autrement dit, les enjeux dont est porteur le CLSC vont au delà d'une discussion technique sur les types de pratique, les modes d'organisation, l'évaluation de leurs performances, etc. Ils renvoient aux intérêts sociaux en cause dans l'organisation socio-sanitaire établie. Les fonctions sociales des CLSC réfèrent en dernière analyse aux deux fonctions principales que nous avons précédemment identifiées comme caractéristiques de l'intervention de l'Etat dans le domaine socio-sanitaire, celle de rechercher la meilleure productivité possible de l'organisation des services et celle d'élargir et d'intensifier l'utilisation de l'organisation comme instrument de gestion sociale des catégories exclues de la production. Chacune de ces fonctions s'enracine dans un type d'organisation différent : Le Centre local de santé et le Centre de services communautaires.

Le premier tient son existence d'un modèle théorique défini par les experts en économie de la santé : il exprime une modification de la philosophie sanitaire qui précisément vise à briser la logique dominante de la consommation post factum pour promouvoir une intervention préventive, globale, prenant en compte l'environnement, et continue : il présuppose une modification en profondeur des modes de pratiques qui va de pair avec une transformation des attentes de la "clientèle" à l'égard du système de santé.

Le second est identifié aux stratégies de gestion de la pauvreté et à la nécessité d'une approche coordonnée et intégrée du phénomène de la part de l'ensemble des organisations de services. Ce type de centre fait une large place à la participation comme stratégie d'intégration et d'organisation sociales de catégories qui sont justement menaçantes par leur désintégration et leur inorganisation. Ce que cherche la classe dirigeante, c'est précisément à "rejoindre" la classe populaire, à franchir le fossé des rapports de classe en désignant des médiateurs de ces rapports, tels les travailleurs sociaux communautaires, les animateurs, dont la fonction est de "localiser" cette population, de la rendre visible et identifiable et peut-être de parvenir à l'inscrire dans des structures de représentation, de délégation, de participation au fonctionnement institutionnel dominant.

Ces deux types de centres répondent ultimement à une même fonctionnalité économique : modifier les pratiques de dispensation et de consommation des services pour les rendre moins coûteux : tenter de contrôler, voire de résorber les diverses formes d'exclusion sociale pour diminuer les coûts sociaux de leur gestion en cherchant à réinsérer les exclus dans la production et à modifier les pratiques institutionnelles en vue d'une rentabilité accrue.

Mais ces centres s'inscrivent dans une dynamique institutionnelle différente qui, si l'on tente de les intégrer comme c'est le cas pour les CLSC, informera profondément leur évolution et leur développement. Tantôt, compte tenu du cadre socio-géographique de leur implantation, la fonction de gestion de la pauvreté primera sur celle de

transformation des pratiques sanitaires, et réciproquement. Services et participation apparaîtront rapidement comme antithétiques ; planification et programmation s'opposeront à expression des besoins ; médecine et action communautaire constitueront bientôt des pôles d'opposition souvent irréductibles. C'est du moins ce qui s'est produit dans un certain nombre de CLSC implantés au Québec.

La phase d'implantation

La caractéristique des premiers débats de la part des élites administratives et politiques relatifs à la définition pratique et aux stratégies d'implantation des CLSC est l'association de ces nouveaux équipements à la gestion socio-sanitaire des milieux urbains défavorisés, mais aussi à la gestion plus spécifiquement sanitaire de certaines régions rurales éloignées caractérisées par leur sous-équipement sanitaire, à l'image de leur état de sous-développement économique et social généralisé.

Les discussions relatives aux CLSC sont d'emblée largement déterminées par la préoccupation de trouver des réponses institutionnelles efficaces aux problèmes de la pauvreté et du sous-équipement régional. Le CLSC semble offrir la solution idéale à une telle préoccupation en ce qu'il conjugue l'approche spécifiquement sociale de la pauvreté et les caractéristiques d'une ressource sanitaire décentralisée et peu coûteuse.

Même si le choix d'implanter prioritairement des CLSC dans les milieux urbains défavorisés n'est pas absolument systématique, il n'en reste pas moins que la problématique des milieux défavorisés occupe une part déterminante du discours relatif à ces établissements, spécifiant ainsi leur fonction politique primordiale. En d'autres termes, même si un certain nombre de CLSC et, au fur et à mesure de leur développement, un nombre bientôt majoritaire d'entre eux ne sont pas implantés dans des milieux caractérisés par leur pauvreté généralisée, il n'en reste pas moins que leur fonction de gestion de la pauvreté et de l'exclusion sociale prime dans les premières années sur celle de réorganisation de la distribution des soins, tant dans le discours politique dominant que dans leur pratique effective. Même dans les milieux aisés, les CLSC prennent en charge les catégories sociales les plus défavorisées de ces milieux. Cela est si vrai que le ministre précise :

> Nous voulons implanter les CLSC dans des régions qui ont les plus grands besoins, et bien souvent ce sont les régions les plus défavorisées. Nous voulons faire cependant bien attention qu'on n'identifie pas les CLSC à des centres de deuxième qualité... Cela répond à un concept tout à fait essentiel d'un niveau de soins courants avec référence à un autre niveau de soins spécialisés et aussi de continuité... Cela, on veut l'éviter à tout prix. Mais le danger qui nous guette, c'est qu'étant donné que les régions les plus défavorisées à Montréal et à Québec sont en même temps celles qui ont le moins d'accès à des services de santé, en implantant les CLSC d'après un ordre de priorités, on dégage comme conclusion que ce sont des services de deuxième ordre. Ce n'est pas cela qu'on veut atteindre du tout[5] .

La liste des projets de CLSC est d'ailleurs établie à partir d'études sur l'état de santé de la population et des indicateurs sociaux permettant d'identifier les endroits les plus défavorisés et les carences de soins les plus aigües selon les indices de morbidité ou de mortalité. C'est ce qui justifie dès le départ la création, dans les zones les plus défavorisées de Montréal et de Québec, d'un nombre plus grand de centres locaux.

Au cours des deux premières années du développement des CLSC, en 1972 et 1973, le ministère accorde une importance considérable à la phase d'implantation de ces nouveaux établissements. Il recherche la participation populaire, accorde des "subventions de démarrage" aux groupes locaux qui prennent en charge le projet d'implanter un CLSC. Une étude systématique des besoins du territoire est généralement effectuée par des analystes sous la responsabilité d'un conseil d'administration provisoire qui voit ensuite à l'engagement d'un directeur général et à la constitution d'une première équipe de travail. Il faut signaler à ce sujet que les établissements définis par

la loi 65 de la réforme leur permet de se constituer en corporation indépendante. Le contrôle des établissements est essentiellement exercé par le cadre législatif ad hoc et les règlements qui l'accompagnent et par le moyen du budget accordé par le ministère des Affaires sociales. Il n'y a donc pas de relations hiérarchiques imposées entre les différents niveaux d'établissements ; la loi ne reconnaît que des relations contractuelles horizontales. Les établissements jouissent d'une autonomie absolue dans la sélection et la nomination de leur personnel et dans les liens qu'ils entendent établir avec d'autres établissements du réseau. Ce statut favorise l'insertion des CLSC dans le milieu et l'exercice des pouvoirs qui leur sont attachés par des représentants de ces milieux. La loi prévoit en effet l'élection de cinq usagers au conseil d'administration composé de 11 membres votants. La participation populaire prend ainsi forme dans les premières années du moins, et le contrôle du développement et des orientations des CLSC en voie d'implantation est exercé par un personnel conseil – les "chargés de projets" – rattaché au ministère, dépourvu de toute autorité formelle sur les établissements puisque les décisions relatives à leurs orientations et à leur fonctionnement sont à ce stade beaucoup plus inscrites dans le circuit de la pression que du commandement. Dans cette perspective, le ministère institue quelques expériences pilotes d'implantation dans les milieux urbains et ruraux défavorisés.

Statut expérimental, accent sur la participation, sur l'insertion sociale des centres, attitude de retrait du ministère qui s'abstient "de préciser les contenus et les orientations minimum dans le but de permettre un ajustement aux réalités et aux besoins"[6] caractérisent les deux premières années de développement des CLSC. Cette orientation confirme la primauté de la fonction d'efficacité sociale sur celle d'efficacité organisationnelle ; en d'autres termes, les questions de la gestion des "milieux défavorisés" et de l'accessibilité à des ressources sanitaires pour les régions qui en sont dépourvues ont, à ce moment, une incidence prioritaire pour le ministère sur celle de la transformation des modes de dispensation des soins socio-sanitaires et du système général de production des services. La préoccupation de l'insertion des CLSC dans le réseau des établissements est jusque là reléguée à un second plan, ce qui contredit l'affirmation ministérielle selon laquelle les CLSC sont destinés à devenir la porte d'entrée unique du nouveau système socio-sanitaire.

L'attitude des médecins
et des corporations professionnelles

Tandis que les CLSC voient se développer leur fonction sociale et communautaire, les professionnels de la médecine préparent une attaque en règle contre ces nouveaux établissements. Ils y reconnaissent en effet, avec raison, le symbole de leur future soumission à des conditions de travail désormais inscrites dans l'organisation intégrée des services de santé sous l'égide de l'Etat, la perte de leur statut de professionnels et d'entrepreneurs indépendants. S'ils ont objectivement bénéficié de l'instauration d'un régime universel d'assurance-maladie qui leur a garanti des revenus plus abondants et plus réguliers, ils entendent obtenir le contrôle des services médicaux, c'est-à-dire de leurs conditions de travail.

Lors des débats relatifs au projet de la loi 65, la Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec avait déjà revendiqué les moyens d'influencer la marche des institutions et de participer aux décisions concernant leur organisation et pour cela la création d'un conseil des médecins et dentistes au sein des CLSC ainsi que la participation des médecins au conseil d'administration de l'établissement. A ces conditions, le FMOQ se déclarait prête à participer activement à la réorganisation des services de soins et de bien-être. Quant à la Fédération des médecins spécialistes du Québec, elle refusait son intégration aux CLSC :

> "Notre fédération ne croit pas que ces institutions ... sont et puissent être la base d'un système adéquat de distribution de soins médicaux au Québec... Nous disons très fortement que nous les croyons nécessaires en milieu urbain défavorisé... en milieu rural, de façon temporaire. La médecine que nous prônons n'est pas la médecine du centre local qui, à notre avis est une mini médecine commode, utile, utilitaire..."[7]

Dès 1973, la FMOQ qui est la première concernée parmi les fédérations médicales à cause du caractère général des soins dispensés par les CLSC entreprend de concurrencer, voire de prendre de vitesse les initiatives gouvernementales et prétend régler elle-même les problèmes d'accessibilité, de disponibilité et de continuité des soins que doivent normalement résoudre les CLSC.

Ainsi, en automne 1973, la FMOQ élabore un plan précis d'organisation de la distribution des soins par les omnipraticiens d'une région donnée de façon à assurer les soins continus vingt-quatre heures par jour à tous les niveaux. Elle entreprend en outre le boycott systématique des CLSC en recommandant à ses membres de refuser d'y travailler. En février 1974, la FMOQ lance une opération de grande envergure dans le cadre de ses négociations avec le ministère : "Les CLSC : une aventure à éviter !" écrit son président.

> Nous continuerons à conseiller aux médecins d'éviter les aventures rocambolesques d'employés d'établissements. Il faut conserver la liberté thérapeutique du médecin ainsi que l'autorité qui correspond à ses responsabilités.[8]

Le président fustige l'irresponsabilité d'une politique qui encourage les citoyens à prendre part à l'administration des CLSC et à identifier leurs besoins. Ces interventions témoignent de la volonté des médecins de maintenir leurs prérogatives sur l'organisation médicale. Non seulement ils luttent contre la tentative de l'Etat de leur imposer le salariat et des conditions de pratique qui porteraient atteinte à leur autonomie professionnelle, mais ils opposent leur unité syndicale aux tactiques de division de l'Etat qui s'efforce de négocier des ententes directes particulières avec des médecins pour les inciter à participer aux CLSC, sans reconnaître le syndicat comme interlocuteur unique de la négociation. La stratégie de la FMOQ s'accompagne en outre d'une incitation systématique de ses membres à se regrouper au sein de polycliniques médicales destinées à concurrencer le réseau public des CLSC. La FMOQ prend dans cette perspective l'initiative d'élaborer un plan d'identification valable pour l'ensemble du territoire québécois de "secteurs favorables" d'implantation des cliniques privées. Elle s'adjoint les services permanents d'une firme de conseillers en implantation et en organisation, reçoit le soutien financier de grandes banques canadiennes qui se disent prêtes, en collaboration avec des firmes pharmaceutiques de l'Ontario et des Etats-Unis à favoriser le développement des équipements médicaux privés. Le plus souvent, le modèle de polyclinique prôné par la FMOQ consiste à rassembler dans un même lieu la gamme la plus complète possible de spécialités médicales destinées aux soins ambulatoires. En outre, on y adjoint certains services para-médicaux (physiothérapie, ergothérapie, diététique, etc.), à l'exemple des services que l'on peut trouver normalement dans les CLSC et qui sont censés conférer à leurs services un caractère de globalité.

Cette stratégie semble couronnée de succès. On assiste en effet à une véritable éclosion des cliniques médicales puisqu'en 1977, il semble qu'on puisse en dénombrer plus de 350 à travers le Québec qui réunissent plus de la moitié des médecins omnipraticiens, soit environ 1500, alors qu'à la même date, il n'y a que 71 CLSC et qui, de plus, ne sont pas encore tous parvenus au stade du fonctionnement et 111 médecins entourés de 600 para-médicaux. En quelques années, un véritable système parallèle de soins de première ligne (soins généraux courants et d'urgence) s'est constitué au Québec. Des cliniques privées se sont régulièrement implantées dans les alentours immédiats de la plupart des CLSC.

L'affrontement entre l'Etat et les médecins dont les CLSC sont la cible favorite marque le début d'une prise en charge beaucoup plus directe des orientations des CLSC par la technocratie d'Etat. L'Etat, dans la crise avec les médecins au printemps 1974 doit faire marche arrière et, alors que quelques mois auparavant il envisageait une intégration progressive des médecins à l'organisation publique des services de santé, il adopte maintenant une attitude beaucoup plus conciliante. La stratégie de la FMOQ a porté. Tout d'abord la Fédération est reconnue comme interlocuteur unique dans les négociations avec l'Etat ; la participation des médecins au conseil d'administration des CLSC, la constitution d'un conseil

des médecins et dentistes à l'intérieur de l'établissement sont concédés. Mais surtout, la création des polycliniques privées est implicitement reconnue comme un élément constitutif du réseau des services sanitaires. En mai 1974, le nouveau ministre libéral C. Forget déclare :

> J'ai indiqué à plusieurs reprises que... nous n'avons pas d'objections à ce qu'il se forme des cliniques médicales... C'est un développement que j'ai toujours accueilli avec plaisir... D'un autre côté, l'organisation des cliniques n'est pas de nature à résoudre tous les problèmes de santé, et en particulier, n'a jamais été suggérée comme une solution à des problèmes de médecine préventive et de santé publique qui sont importants... Même si l'ensemble du territoire devait être couvert par les CLSC, il ne s'agirait en somme que d'une fraction de la profession médicale... Il est important que les services médicaux, avec ou en parallèle avec l'organisation des CLSC soient organisés le mieux possible... Si au Québec, l'idée d'un CLSC a servi de stimulant dans l'organisation des services médicaux, je pense qu'il faut la mettre au crédit de cette initiative...[9]

Le ministre a donc définitivement abandonné le projet initial du CLSC comme instrument de réforme de l'organisation socio-sanitaire. Les intérêts économiques et professionnels des groupes en présence ont prévalu sur les modèles théoriques de la médecine sociale et sur les objectifs technocratiques de rationalisation de l'organisation. L'Etat n'offre guère de résistance aux initiatives privées. Au contraire, il les consacre par son approche pragmatique ; il accepte même de se subordonner à elles, qui de toutes façons sont financées par lui par le mécanisme de l'assurance-maladie. C'est donc dire que l'Etat finance lui-même ses propres concurrents. En d'autres termes, la réforme de la santé est devenue l'occasion de remettre, dans la logique libérale, les secteurs les plus rentables de la pratique médicale aux intérêts privés. L'Etat quant à lui va assumer par son organisation publique et en particulier par les CLSC le soutien des secteurs non rentables : milieux défavorisés et régions éloignées, mais aussi domaines de la prévention, de la santé publique,etc.

Cette réallocation des pouvoirs ayant été opérée, la FMOQ ne voit plus d'obstacles à ce que certains de ses membres, sur la base d'une décision individuelle, décident désormais de travailler dans les CLSC, et même comme salariés.

L'attitude des élus et l'"opinion publique"

L'offensive médicale contre les CLSC se double dans le même temps d'une offensive politique. Dés le début de 1974, les CLSC sont l'objet de critiques publiques tant dans la presse quotidienne que de la part de députés libéraux, c'est-à-dire de l'intérieur même du parti qui a promulgué la réforme socio-sanitaire.

Les critiques concernent principalement les deux types de pratiques nouvelles que promut le CLSC : la médecine sociale, avec ses conséquences pour les pouvoirs établis dans ce domaine et l'action communautaire qui tente de modifier la répartition des pouvoirs à l'intérieur de l'organisation socio-sanitaire, mais aussi de créer un rapport dynamique entre l'établissement et son environnement.

La presse publie plusieurs articles qui s'interrogent sur les structures de la participation, leur validité, les enjeux de pouvoir dont elles sont le théâtre entre groupes de professionnels, en particulier entre les médecins et les organisateurs communautaires, mais aussi entre "citoyens" et professionnels. D'autres commentaires plus alarmistes se font l'écho de la potentialité subversive de l'action communautaire dans les CLSC. La plupart des premiers CLSC implantés dans les quartiers défavorisés seraient le lieu d'affrontements idéologiques plutôt que de production de services concrets. Les médecins ne seraient pas intéressés à travailler dans ces établissements parce qu'ils seraient la cible d'incessantes critiques idéologiques, en particulier de la part des représentants du secteur "communautaire" davantage intéressé à "participer contre" qu'à collaborer à une intégration des disciplines, etc...

Bref, les articles dressent chacun à leur tour ce bilan : les CLSC ressemblent davantage à une foire

d'empoigne entre les divers groupes d'intérêts qu'à un établissement de production de services. Le ministère doit intervenir pour mettre de l'ordre en neutralisant la participation et l'influence des groupes politiques qu'elle autorise et en faisant preuve de "réalisme", c'est-à-dire de modération à l'égard des objectifs de ses programmes médicaux dont l'idéologie ne correspond plus à la réalité des intérêts organisés des médecins. Le ministère doit fixer des objectifs clairs et limités aux CLSC si l'on veut que ceux-ci fournissent à la population des services concrets et identifiables. La presse se fait donc le porte-parole des groupes organisés qui, médecins en tête, développent chacun une stratégie conforme à leurs intérêts. Ces stratégies s'entendent sur un diagnostic négatif des débuts de l'expérience des CLSC et sur la conséquence qui en découle selon elles d'un nécessaire encadrement ministériel de cette expérience.

Vers la normalisation des CLSC

La politique gouvernementale à l'égard des CLSC tend donc désormais à être caractérisée par la reconnaissance de l'impossibilité de contrôler le pouvoir médical, l'abandon du modèle de médecine sociale, la mise à l'écart progressive des politiques de participation et la neutralisation de l'action communautaire. Les pouvoirs de la libre entreprise ayant été reconnus, le CLSC en tant qu'établissement public est confiné aux secteurs non rentables. L'équivoque qui planait sur ses fonctions politiques est levée et il devient possible de planifier son développement en corrélation avec son insertion dans le réseau des établissements. Il s'agit donc de normaliser la situation des CLSC et de leur définir des objectifs complémentaires à ceux du réseau institué. C'est à quoi s'emploient les nouveaux responsables ministériels des CLSC.

L'orientation des CLSC sera désormais l'objet de débats tant à l'intérieur du ministère qu'au sein même des CLSC existants, de leur personnel, de leur conseil d'administration et parfois des usagers eux-mêmes. Sous une forme ou une autre, la question de la double orientation des CLSC est débattue : instrument de développement qui doit favoriser la participation et/ou établissement intégré dans un réseau dont la fonction première est la distribution de services à la population. Pour les représentants du ministère, la première orientation risque de conduire le personnel des CLSC à "s'identifier à des causes qui débouchent logiquement sur des conflits idéologiques et des contestations globales". En outre, "la participation ne doit pas impliquer uniquement des défavorisés, mais aussi des hommes d'affaires, des professionnels". Pour le ministre, "la participation vient après les services et non avant. La participation est une qualité de l'administration des établissements"[10].

Les représentants du ministère insistent également pour que soit abrégée la phase d'implantation et de définition des besoins, accélérée la distribution des services à la population. Il appartient au ministère de définir les programmes, la population pouvant être consultée sur l'ordre des priorités à accorder à la mise en marche des différents éléments de programmes ; "une participation plus intense est une illusion".

Les directeurs généraux quant à eux se répartissent selon deux tendances : une orientation vers l'animation ou une orientation vers l'administration. Le ministère estime que pour la plupart, ils n'ont pas la compétence que leur poste requiert. Ainsi annonce-t-il qu'il entend désormais être représenté aux jurys de sélection afin de favoriser de "meilleurs choix", et rendre les salaires attrayants et compétitifs pour pouvoir bénéficier d'un personnel mieux formé.

On peut noter une faveur croissante de la part du ministère à l'endroit des CLSC ruraux qui offrent des services, au détriment des CLSC urbains défavorisés, davantage caractérisés par leurs politiques d'animation populaire et de participation. "La population veut des services ; elle ne veut pas la contestation". Désormais les CLSC devront offrir rapidement des services afin d'assurer un achalandage normal dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Dès l'automne 1974, avec l'arrivée d'un nouveau directeur ministériel des CLSC, on assiste à une centralisation accrue des pouvoirs. La création d'une "direction des services communautaires" au sein du ministère entraîne une véritable normalisation des CLSC. La définition d'un chemi-

nement-type d'implantation axé sur la nomination rapide d'un directeur d'établissement et sur la fourniture immédiate de services, la limitation de l'emphase mise jusque là sur la consultation et la participation de la population, la définition de programmes prioritaires, l'instauration de modalités d'évaluation des performances des établissements, le contrôle strict des budgets et de l'allocation des postes, la limitation draconienne des postes d'action communautaire, le contrôle des processus de nomination des directeurs généraux et l'incitation à choisir des directeurs diplômés en administration, la hausse substantielle de leurs salaires qui les intègre aux normes de l'ensemble des établissements existants afin de leur offrir des possibilités de mobilité et donc des plans de carrière alléchants, des cours spéciaux de formation pour les membres des conseils d'administration, la mise en tutelle de certains CLSC déchirés par des conflits internes, le décret d'une période de gel dans l'implantation des nouveaux établissements afin de mettre en place ces divers mécanismes de contrôle, enfin la mise sur pied d'une équipe d'analystes dont le mandat est de procéder à une évaluation "objective" des CLSC existants sont les principales manifestations de cette reprise en main par le ministère.

Le rôle des "programmes prioritaires"

Celle-ci se produit au moment même où, dans le contexte plus global de la crise économique, le ministère fédéral de la Santé, qui contribue pour moitié aux coûts des systèmes de santé provinciaux, définit les nouvelles orientations de l'organisation socio-sanitaire. Celles-ci devraient entraîner un accroissement de sa productivité et donc une diminution substantielle des coûts. Ces orientations mettent l'accent sur la désinstitutionalisation, la déspécialisation et la désignation de populations-cibles. Ces dernières sont constituées de catégories dont les études statistiques ont démontré qu'elles constituent une source excessive de dépenses pour l'Etat et qui moyennant des stratégies d'intervention adéquates, pourraient être diminuées. Ainsi la jeunesse, ou plutôt une certaine jeunesse, de 5 à 14 ans, marquée socialement, constitue une population potentiellement délinquante : il faudra donc mettre sur pied des programmes de prévention qui lui sont directement destinés. Ainsi également, les handicapés physiques et mentaux, les personnes âgées constituent autant de catégories dont l'hébergement est exhorbitant : il conviendra de les inciter à demeurer chez elles le plus longtemps possible ou d'amener les familles à les prendre ou les reprendre en charge en développant des services soutenus d'aide à domicile, etc.

Les CLSC, dont on a oublié la raison d'être et perdu la cohérence idéologique, vont apparaître alors comme l'instrument par excellence de l'application des nouvelles priorités ministérielles dans l'organisation des services socio-sanitaires. De par leur implantation locale et leur vocation à dispenser des services "simples", ils sont en effet tout désignés pour prendre en charge la gestion de ces catégories-cibles. Des budgets spéciaux, non assimilés aux budgets réguliers vont permettre d'inciter les CLSC à assumer de nouveaux services avec une ampleur telle que bien souvent le nombre d'auxiliaires familiales, par exemple, dépassera le nombre total du personnel professionnel régulier qui peut alors varier, suivant les CLSC, de 15 à 60 personnes environ.

La normalisation des CLSC signifie donc leur intégration fonctionnelle au réseau des établissements comme ressource complémentaire, responsable de promouvoir, parallèlement au maintien des politiques et des pouvoirs établis, les nouvelles priorités ministérielles dans la production des services. L'autonomie des groupes d'usagers au niveau local est désormais grandement limitée par la détermination des programmes prioritaires en même temps que l'augmentation à venir du nombre de CLSC, de leur coût de fonctionnement, va favoriser une intervention planificatrice de plus en plus détaillée de la part du ministère. Les directeurs généraux deviennent des relais essentiels dans l'application des programmes, au détriment des conseils d'aministration qui voient leur rôle de plus en plus confiné soit à l'approbation d'orientations définies à un niveau supérieur soit à la gestion de problèmes strictement limités au fonctionnement interne – le plus souvent d'ordre matériel – de l'établissement. La participation est reléguée à un rôle de soutien à la gestion et le niveau local

devient un des paliers d'un système intégré mais fondé sur une déconcentration fonctionnelle pour mieux répondre à certains besoins de "base".

Dès 1976, le ministère intervient encore de façon beaucoup plus directe et précise dans la détermination des programmes et de leurs objectifs, non seulement des CLSC, mais également des Centres de services sociaux et des Centres d'accueil, dans le cadre d'une planification intégrée. Ce ne sont plus désormais d'abord les établissements ou les groupes professionnels qui ont les responsabilités de définir les services qu'ils entendent dispenser à une population dont ils sont censés connaître les besoins, mais le ministère qui, par l'incitation budgétaire, amène les établissements à remplir une fonction spécifique dans la chaîne de production des services destinés à des populations que des indicateurs sociaux ont désignées comme prioritaires. Le processus de désignation des populations cibles entraîne des modes de gestion, des normes d'efficacité et de productivité différentes. Comme l'Etat en a fait l'expérience, il ne suffit pas de provoquer le regroupement organisationnel sur une base régionale de ressources jusque là dispersées et de créer de nouveaux établissements concurrentiels des ressources existantes pour obtenir une transformation en profondeur des pratiques, qui les rende à la fois plus efficaces et moins onéreuses. L'Etat doit donc intervenir jusque dans la définition des objectifs, des modalités d'exercice et des conditions de production des pratiques. C'est ce qu'il fait par des législations sectorielles appropriées ou des directives qui définissent toutes précisément la nature, les fonctions, les objectifs, les modalités de la gestion technique des populations désignées. Ainsi en est-il de la loi relative à la protection de la jeunesse (1978), de la loi concernant les handicapés (1977), des directives qui ont trait à la création de secteurs pour malades chroniques dans les centres hospitaliers (1976), au maintien des personnes âgées à domicile et aux services d'aide familiale attribués aux CLSC (1977), aux politiques de la petite enfance et aux services de garderies et d'hébergement (1978) qui doivent faire prochainement l'objet d'une nouvelle loi. La volonté gouvernementale d'intégrer de façon fonctionnelle les CLSC au réseau des établissements des Affaires sociales semble donc culminer avec l'imposition des programmes prioritaires.

Il s'agit là bien sûr d'incitations très pressantes du ministère à l'endroit d'établissements qui conservent tout de même une autonomie juridique réelle face à leur bâilleur de fonds, ainsi que, pour plusieurs d'entre eux, une "tradition" d'orientation communautaire. C'est donc dire que ces politiques sont diversement reçues et appliquées selon le caractère plus ou moins ancien et "communautaire" de chaque CLSC.

Si l'analyse théorique tend à produire l'image d'une grande cohérence des interventions de l'Etat et d'une évolution inéluctable vers la "normalisation", il n'en demeure pas moins que dans la pratique les choses sont fort différentes et sans aucun doute beaucoup moins évidentes. Les divergences, les résistances sont multiples en nature et en intensité. Les jeux sont loin d'être faits, comme en témoignent les interventions des participants à la table ronde sur "les CLSC et la santé", dont les débats sont rapportés ci-après.

Frédéric Lesemann
Université de Montréal

---

notes

1 Voir Frédéric LESEMANN : "De la communauté locale à la communauté multinationale : l'Etat des monopoles et ses politiques communautaires dans la gestion de la santé et des services sociaux", *International Review of Community Development*, nº 39-40, Rome 1978. Voir également Frédéric LESEMANN, "CLSC, dix ans de réforme socio-sanitaire au Québec", *International Review of Community Development*, nº 37-38, Rome 1977.

2 Léon DION, "L'Etat, les groupes populaires et la profession médicale", *Le Médecin du Québec*, Montréal, juin 1974, p. 51.

3 Marc RENAUD, "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé", *Sociologie et sociétés*, 9, 1, Montréal, avril 1977, p. 149.

4 *Ibid.*, p. 149.

5 J.F. LEONARD et P. HAMEL, "Les groupes populaires dans la dynamique sociopolitique québécoise", *Politique aujourd'hui*, 7-8, Paris, 1978, p. 156.

6 C. FORGET, ministre, *Journal des débats*, Commission permanente des Affaires sociales, Québec, 14 mai 1974, B-1702.

7 FMOQ, *Le Médecin du Québec*, éditorial, Montréal, février 1974.

8 *La Presse*, Montréal, 19 février 1974.

9 *Journal des débats*, 14 mai 1974, B-1705-7.

10 Ministère des Affaires sociales, *Compte-rendu des réunions avec les chargés de projet*, Québec, 29 novembre 1973, 29 mars 1974, 5 février 1974.