

Recherches sociographiques



La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu

Pierre Bergeron

Volume 31, numéro 3, 1990

La santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/056547ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/056547ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Nous analyserons la commission Rochon au regard de deux énoncés. Le premier est que cet organisme, créé pour résoudre les problèmes profonds d'un système de santé hérité de la commission Castonguay-Nepveu, a néanmoins produit un rapport qui perpétue et renforce le modèle proposé par l'autre. Le second est que les diverses interprétations appliquées à l'une et à l'autre sont insuffisantes pour rendre compte des propositions de la dernière commission et, plus largement, de son travail et de son existence même.

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bergeron, P. (1990). La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu. *Recherches sociographiques*, 31(3), 359–380. <https://doi.org/10.7202/056547ar>

LA COMMISSION ROCHON REPRODUIT LES SOLUTIONS DE CASTONGUAY-NEPVEU*

Pierre BERGERON

Nous analyserons la commission Rochon au regard de deux énoncés. Le premier est que cet organisme, créé pour résoudre les problèmes profonds d'un système de santé hérité de la commission Castonguay-Nepveu, a néanmoins produit un rapport qui perpétue et renforce le modèle proposé par l'autre. Le second est que les diverses interprétations appliquées à l'une et à l'autre sont insuffisantes pour rendre compte des propositions de la dernière commission et, plus largement, de son travail et de son existence même.

Au Québec, tout comme au Canada, les commissions d'enquête sont associées à l'évolution des politiques publiques¹ dans beaucoup de secteurs d'activité. La santé a ainsi été l'objet de deux commissions d'enquête au cours des vingt-cinq dernières années: la Commission sur la santé et le bien-être social de 1966 à 1972 (commission Castonguay-Nepveu) et la Commission sur les services de santé et les services sociaux de 1985 à 1988 (commission Rochon). La première a directement guidé une réforme qui a profondément transformé le paysage de la santé au

* Cet article reprend certains éléments d'une thèse de doctorat en préparation au Département de science politique de l'Université Laval. L'auteur a bénéficié des commentaires et des suggestions des membres du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, en particulier de Michel Audet et de Vincent Lemieux.

1. On peut les définir comme l'ensemble des actions de l'État dans un domaine donné. On préférera le pluriel au singulier parce que les mandats des commissions portant sur un domaine d'intervention concernent tout cet ensemble.

Québec.² La seconde a constitué le premier épisode³ d'une démarche de révision des politiques publiques en ce domaine⁴.

Nous analyserons la commission Rochon au regard de deux énoncés. Le premier est que cet organisme, créé pour résoudre les problèmes profonds d'un système de santé hérité de la commission Castonguay-Nepveu, a néanmoins produit un rapport qui perpétue et renforce le modèle proposé par l'autre. Le second est que les diverses interprétations appliquées à l'une et à l'autre sont insuffisantes pour rendre compte des propositions de la dernière commission et, plus largement, de son travail et de son existence même.

Nous décrirons d'abord les propositions de la commission Castonguay-Nepveu, puis nous les comparerons à celles de la commission Rochon afin de vérifier leur similitude, particulièrement quant au mode d'intervention étatique dans le secteur de la santé. Parallèlement, nous passerons en revue, en les commentant, les diverses approches théoriques utilisées pour interpréter l'une et l'autre commission. La confirmation des énoncés de départ nous conduit à esquisser une nouvelle approche en vue de rendre compte de l'épisode de la dernière commission.

1. *Castonguay-Nepveu et la réforme des années 1970*

Dans un contexte canadien encourageant l'intervention de l'État dans le secteur de la santé⁵, le gouvernement du Québec crée, fin 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, sous la présidence de l'actuaire Claude

2. Bien que la réforme de 1971 a introduit une association systématique entre santé et services sociaux, et bien que les interventions publiques en santé recoupent très souvent celles qui ont trait aux services sociaux, il est plus simple et plus commode, pour les fins de cette analyse, d'exclure les aspects spécifiques des services sociaux et de ne s'en tenir uniquement qu'aux politiques publiques en matière de santé.

3. Le terme *épisode* renvoie à un sous-ensemble de pratiques sociales s'insérant dans des phénomènes plus larges, telle l'évolution des politiques publiques dans le secteur de la santé.

4. En effet, après le rapport de la commission Rochon, l'opération s'est poursuivie avec le document *Orientations* (M.S.S.S.) et l'avant-projet de loi déposés par la ministre Lavoie-Roux, ainsi qu'avec la commission parlementaire sur cet avant-projet; enfin, en décembre 1990, le ministre Marc-Yvan Côté rendait public un vaste projet de réforme des services de santé et des services sociaux.

5. Au tournant des années 1950-1960, la loi canadienne sur le financement partagé de l'assurance-hospitalisation, l'introduction d'un programme d'assurance-maladie par le Saskatchewan et la promotion d'un semblable programme au plan national par le Parti libéral du Canada alimentent les requêtes pour la modernisation de ce secteur, au Québec comme dans les autres provinces. À ces pressions s'ajoute le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par le juge Hall; en effet, cet organisme, formé par un gouvernement progressiste-conservateur, recommande la couverture complète des services médicaux dans un programme national financé en partie par le fédéral et administré par les provinces. (TAYLOR, 1986: 5s.)

Castonguay⁶. Les travaux de l'organisme durent plus de cinq ans et sont ponctués par la publication des diverses tranches de son imposant rapport.⁷ L'activité du groupe est également marquée par la démission de son président, en mars 1970, et son accession, en mai, aux fonctions de ministre responsable de deux ministères, celui de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social qui formèrent plus tard l'unique Ministère des affaires sociales. Gérard Nepveu lui succède comme président jusqu'à la fin du mandat. (BONENFANT, p. 68.)

Pour les auteurs du rapport, l'expansion du rôle de l'État vers la couverture collective des risques, comme la maladie, répond à de nouveaux objectifs sociaux, mais permet également de «produire la santé à meilleur coût». (MARTIN, p. 22; CASTONGUAY, p. 32.) Cette expansion est aussi l'occasion de rationaliser l'organisation et la gestion de larges secteurs de notre société, dont celui de la santé, et plus particulièrement de mettre fin aux incohérences «politiciennes» par la mise en place d'un appareil administratif reposant sur l'utilisation intensive des connaissances scientifiques. (OUELLET, 1987.)

Le «régime de la santé» proposé par la commission est décrit dans deux tomes du volume portant sur la santé. Dans le premier, on présente d'abord une politique de la santé considérée «comme la clef de voûte» de tout le régime.⁸ Puis, on cerne le contenu de ce dernier «autour de trois idées : l'identification de niveaux de soins, l'établissement de centres de santé et la création de régions sanitaires». Enfin, on précise «l'organisation et les modalités de fonctionnement des divers établissements et organismes du régime». Dans un second tome, on décrit les «modes et méthodes de financement, [...] la gestion des centres de santé, et [...] les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins et l'efficacité du régime». (CASTONGUAY-NEPVEU, p. 9.)

Le recours explicite à des modèles scientifiques illustre la relation entre le contenu de ce rapport et un courant de rationalité qui vise à assurer l'efficacité pragmatique de l'intervention de l'État. Ainsi, les auteurs se réfèrent directement à des modèles qu'ils explicitent dans des appendices aux chapitres traitant du système ouvert ou modèle social du système de santé, du concept de soins gradués, de la théorie cybernétique utilisée pour l'analyse des phénomènes administratifs ainsi que d'une théorie de l'Administration publique élaborée selon une perspective

6. Les membres sont des professionnels (actuaire, médecin, avocat, prêtre, travailleur social, administrateur) actifs dans divers secteurs de la société; ils sont assistés de nombreux experts-conseils, dont Jean Rochon qui présidera la commission suivante.

7. Il comportera finalement sept volumes, chacun en un ou plusieurs tomes, ainsi que vingt-huit annexes.

8. «[Cette politique] a pour objectifs généraux d'améliorer l'état de santé de la population par l'instauration d'une médecine globale basée sur la personne et d'assainir le milieu où vit cette population, et pour objectif particulier d'établir un régime de la santé d'accès universel, acceptable à la population et qui offre des soins de qualité et efficaces.» (CASTONGUAY-NEPVEU, p. 9.)

structurofonctionnaliste. (*Id.*, pp. 73-79 et 177-181; OUELLET, 1968.) Ces modèles fournissent une représentation qui correspond à leur conception du secteur et guide la formulation de leurs propositions pour le transformer.

L'organisation et la distribution des soins de santé comportent des interrelations multiples et complexes dont seul peut tenir compte un système ouvert, soit un modèle social des soins de santé. Selon ce cadre, le système de distribution reçoit ses ressources de la communauté et lui retourne le produit de ses activités, c'est-à-dire les soins qui sont classés selon leur «intensité» et sont dispensés aux malades groupés selon le même classement.

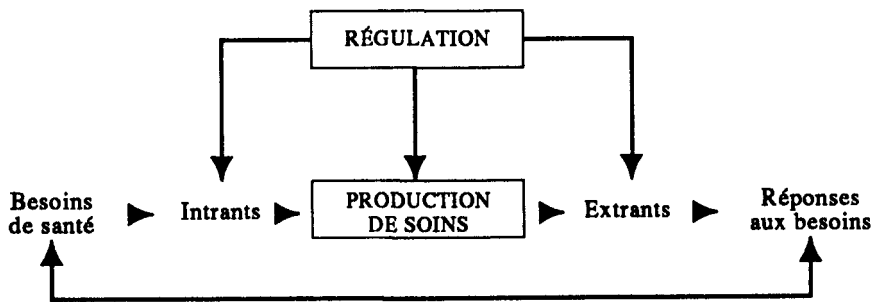
Par ailleurs, le fonctionnement administratif du système est conçu à la lumière d'une approche cybernétique. Selon les auteurs du rapport, le respect des exigences qu'elle implique assure une régulation stable et harmonieuse de l'ensemble des activités. Ces exigences sont interprétées comme: *a*) la poursuite d'objectifs précis et l'attribution conséquente des ressources; *b*) l'intégration en un ensemble unique des trois types d'activités qui constituent le secteur de la santé, soit la distribution des soins, l'enseignement et la recherche, les activités administratives; *c*) l'adaptation au milieu par la régionalisation des décisions et par l'autonomie des organismes et des établissements; *d*) l'ajustement des activités grâce à la participation de la population et des professionnels de la santé. (CASTONGUAY-NEPVEU, pp. 178s.)

Enfin, la perspective structurofonctionnaliste de l'Administration publique comporte des exigences minimales quant aux modalités de fonctionnement des organismes et des établissements de santé. Ces derniers doivent être différenciés selon les catégories d'activité, soit les activités de distribution de soins, les activités administratives de puissance publique et les activités d'enseignement. Pour chacune de ces catégories, les «rôles administratifs» de conception (planification et organisation), de gestion (réalisation et soutien), de mission (inspection et contrôle) et de relations publiques (information et consultation) doivent être clairement définis et répartis entre les organismes et les établissements. Enfin, les activités doivent être reliées «en processus ou circuits d'échanges, ordonnés à une même fin». (*Id.*, pp. 180s.)

Une telle conception peut être schématisée en deux sous-systèmes: le premier, de distribution des soins, qui assure leur production en réponse aux besoins, et le second, administratif, responsable de la régulation de cette production selon les «rôles administratifs» indiqués. (Figure 1.) L'ensemble du système de santé n'existe que pour la poursuite de buts ultimes énoncés dans la politique de la santé; l'adaptation aux conditions variables de son environnement est réalisée par de larges boucles de rétroaction. À l'intérieur de ce vaste système intégré dans un ensemble unique, les grandes fonctions administratives assurent la régulation d'activités complexes et multiples transformant des ressources en soins de santé. (*Id.*, pp. 74 et 177-181.)

FIGURE 1

Conception du système de santé dans le rapport de la commission Castonguay-Nepveu.



Cette façon de voir justifie la commission d'attribuer au Ministère de la santé les « fonctions de puissance publique », notamment celles de « planification [...] définition de la politique de la santé [...] détermination des objectifs généraux quant aux soins [...] établissement du budget provincial de la santé et partage de ce dernier en budgets régionaux [...] établissement d'un service unifié de compilation et de gestion des dossiers de santé [ainsi que...] surveillance des organismes administratifs régionaux responsables de l'exécution des objectifs régionaux ». (*Id.*, p. 135.) On confie l'exercice de ces fonctions à l'appareil administratif qu'est le ministère, au point de spécifier que le « ministère de la Santé propose à l'Assemblée nationale une politique de la santé pour le Québec et veille à sa réalisation ». (*Id.*, p. 137.) Cette vision du système associe donc l'intervention étatique à une logique globale et administrative, c'est-à-dire à une régulation de la totalité du système de santé grâce à un ensemble de normes et de critères emboîtés les uns dans les autres.

Dans une société fascinée par les perspectives que semble offrir la rationalité, l'accession du président de cette commission au poste de ministre responsable du secteur de la santé crée un contexte exceptionnel pour une réforme.⁹ En effet, en la personne de Castonguay se combinent deux légitimités : celle de la rationalité administrative associée aux travaux de la commission et celle du pouvoir ministériel qui s'appuie sur le droit. Fort de ces deux légitimités, le ministre enclenche, dès 1970 et avec l'aide de plusieurs hauts fonctionnaires venus de la commission, une vaste transformation de la santé et des services sociaux. (LEE, p. 14.) Ce chevauchement des activités de la commission et des interventions ministérielles est

9. En fait, la santé n'est qu'un des volets de la responsabilité du futur ministre des Affaires sociales, les autres étant les services sociaux et la sécurité du revenu. Par contre, les modèles théoriques développés pour le secteur de la santé seront adaptés et élargis aux services sociaux avant que la commission ne remette le volume de son rapport traitant des services sociaux.

à l'origine de l'amalgame fréquent de la commission d'enquête avec la réforme législative, sous le nom de «réforme Castonguay-Nepveu»; encore récemment, cette ambiguïté se retrouvait dans les publications du ministère. (ROY, pp. 10s.)

Cette réforme est animée par le nouveau Ministère des affaires sociales qui en est le maître d'œuvre. (LEE, p. 14.) Elle touche tout le cadre législatif de la mission sociale du gouvernement et se concrétise, entre autres, par de nombreux changements administratifs. Même si elle est fondamentalement inspirée par la conception élaborée par la commission Castonguay-Nepveu (LAJOIE *et al.*, p. 46), elle comporte certaines adaptations et des compromis qu'on retrouve dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, adoptée en 1971. En effet, cette législation diffère des propositions de la commission sur plusieurs aspects. Elle associe systématiquement les services de santé et les services sociaux; elle restreint la régionalisation à des conseils régionaux disposant de très peu de pouvoirs; elle crée des centres locaux de services communautaires combinant les services de santé, les services sociaux et l'action communautaire; elle institue des centres hospitaliers en y séparant la gestion administrative de la gestion médicale, plutôt que des centres de santé communautaire intégrant les deux.¹⁰ (LEE, pp. 23-25; TURGEON, pp. 7s.)

Tout en se référant à la logique globale et administrative proposée par la commission, le contenu de la loi tient compte de la place déjà occupée par les hôpitaux et les médecins. Les compromis permettent surtout de maintenir l'autonomie des médecins dans les hôpitaux et la relative autonomie de ces derniers, en plus de réduire au minimum le rôle intégrateur du nouveau palier régional. Par la suite, la loi de 1971 subit de multiples modifications qui viennent alourdir et obscurcir sa logique d'ensemble, mais sans la renier. (RICHARD et MOLINARI, 1988a et 1988b.) D'ailleurs, une seconde commission d'enquête sera créée avant qu'une refonte de cette loi ne soit envisagée.

2. *Les diverses interprétations de Castonguay-Nepveu*

Le rapport de la commission Castonguay-Nepveu et sa contribution à la formulation de politiques publiques de la santé sont souvent associés ou même confondus dans les interprétations très variées qui en ont été faites. Ainsi, pour plusieurs observateurs, le contenu du rapport, particulièrement le volume sur la santé, découle d'analyses scientifiques et exprime des conclusions rationnelles.¹¹ Ils

10. Une autre adaptation importante et spécifique des services de santé sera introduite par réglementation en 1972 et consistera en la désignation de centres hospitaliers devant implanter un département de santé communautaire. (LEE, p. 25.)

11. Dans ce sens, AUCOIN (p. 5) soutient que la création de commissions d'enquête portant sur des enjeux majeurs liés aux politiques publiques est essentiellement un mécanisme qui encourage l'utilisation des connaissances scientifiques dans la prise de décision.

partagent la perspective fonctionnaliste de la commission et considèrent qu'une telle représentation conceptuelle permet une intervention étatique rationnelle dans le secteur de la santé. Les objectifs généraux de la politique de la santé et les autres grands traits du « régime de santé » proposé par la commission deviennent la norme ou le cadre de référence au regard duquel peut être analysé le fonctionnement du système de santé québécois. Dès lors, leurs analyses portent surtout sur la mise en œuvre de ce cadre (ROCHON, 1976 et 1977; PINEAULT et DAVELUY), sur les instruments qui permettent son implantation ou les contraintes qui la freinent (BLAIN; CONTANDRIOPOULOS), et enfin sur des mesures relatives à la réalisation des objectifs ou du modèle (HOULD; PINEAULT et LESSARD).

RIVEST, pour sa part, s'appuie sur un modèle d'interprétation symbolique pour expliquer la présence de programmes d'assurance-maladie au Canada, et au Québec en particulier. S'inspirant de certains travaux de King et Simeon, il étudie l'influence de la variable « idées », laquelle « englobe les manifestations de la culture politique dominante d'une société, c'est-à-dire ses valeurs et ses orientations fondamentales vis-à-vis le domaine politique, de même que l'influence des idéologies explicites ». Pour l'auteur, les initiatives du gouvernement fédéral dans le domaine de l'assurance-maladie ont pour origine l'influence de la Grande-Bretagne sur « la culture politique des gens qui gravitent dans les cercles de pouvoir à Ottawa ». En Saskatchewan, le même rôle déterminant des « idées » est associé à l'idéologie socialiste du gouvernement et, au Québec, à « l'impulsion d'un interventionnisme en rupture avec le passé ». Dans ce dernier cas, au-delà des incitations financières du programme fédéral à frais partagés, l'adhésion de la province au programme d'assurance-maladie correspond au « processus de renversement des valeurs [...] en marche au sein de la collectivité québécoise ». Selon une telle interprétation, la démarche de la commission Castonguay-Nepveu et la réforme subséquente des politiques publiques de la santé ne peuvent être qu'étroitement liées à ce processus de renversement, ce que LEMIEUX (1984: 17) décrit comme le passage « d'une régulation locale et conservatrice à une régulation nationale et réformatrice ».

Sous un angle très différent, RENAUD (1977a et 1977b) part d'une approche critique, centrée sur les relations de classe et la logique capitaliste de l'État, pour analyser la réforme qui a accompagné et suivi les travaux de la commission. Dans nos sociétés, l'intervention étatique ne peut que reproduire la logique de l'accumulation capitaliste; dans le secteur de la santé au Québec, la « réforme Castonguay-Nepveu » a encouragé, d'une part, la chosification de la santé qui sert les intérêts des producteurs médecins et, d'autre part, le discours planificateur et rationalisateur au service d'une nouvelle élite technocratique. Pour LAJOIE et collaborateurs (1987: 21), cette nouvelle élite a utilisé le droit pour institutionnaliser ce discours dans un nouveau cadre législatif.

Avec une analyse plus radicale, LESEMANN (1981) identifie les travaux et le rapport de la commission à un « projet technocratique de réaménagement des

pouvoirs au sein de la classe dominante». Toute l'activité de la commission se ramène à l'émergence d'une fraction technocratique dans la classe dirigeante et à son alliance avec la petite bourgeoisie traditionnelle. La croyance en l'objectivité des méthodes et techniques de recherche des experts fonde «leur véritable pouvoir de classe dirigeante montante» et cette force prend forme dans l'idéologie¹² de la commission.

Pour d'autres auteurs, Castonguay-Nepveu et la réforme subséquente expriment essentiellement des relations de pouvoir entre des acteurs sociaux. Selon cette perspective stratégique, la commission et ses répercussions ne renvoient pas à une lutte entre des intérêts incompatibles, mais plutôt comme à des jeux où chacun des groupes d'acteurs recherchent la position qui lui accorde le plus d'autonomie. Les objets de telles analyses sont, entre autres, l'introduction du régime d'assurance-maladie (TAYLOR, 1972), la décentralisation vers les conseils régionaux (LEMIEUX et TURGEON; BHÉLER *et al.*; TURGEON, 1989), la démocratisation des conseils d'administration dans des hôpitaux anglophones (EAKIN, 1984a et 1984b) ou dans des centres locaux de services communautaires (GODBOUT, 1981).¹³

3. La commission Rochon

Dans les années 1970, le secteur de la santé au Québec est donc marqué par l'application d'une vaste réforme législative et administrative entreprise par une équipe venue de la commission Castonguay-Nepveu et dirigée par le nouveau Ministère des affaires sociales. En effet, la loi constitutive du ministère (devenu le Ministère de la santé et des services sociaux, en 1985) le charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en matière de santé. Ce rôle prédominant est d'ailleurs systématiquement rappelé dans les descriptions du système sociosanitaire québécois.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable devant la population de l'élaboration et de l'application des politiques sociales et de santé du Québec. [...] il doit s'assurer que des services de qualité sont accessibles à tous les citoyens. C'est au Ministère que revient l'élaboration des grands objectifs, des orientations générales et des priorités socio-sanitaires du Québec. Il participe également à la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur réalisation. (SAINT-PIERRE, p. 49.)

Le début des années 1980 donne lieu à un effort de consolidation de la réforme par de nombreuses modifications de la *Loi sur les services de santé et les services*

12. «[Elle...] est à la fois production d'une *rhétorique*, c'est-à-dire une représentation d'un projet social de classe, autonomisé des rapports de classes, agissant au nom de principes, d'une cohésion et d'une justification propres, et action de la classe dirigeante, c'est-à-dire en l'occurrence production de formes d'organisation des services qui découlent directement des choix idéologiques dont ils sont la transcription institutionnelle.» (LESEMANN, 1981 : 93)

13. Dans la même veine, une étude américaine analyse les conclusions d'une récente commission d'enquête suédoise sur la santé à partir des jeux de pouvoir entre des groupes d'acteurs : ces jeux se soldent par des gains et des pertes selon les groupes. (TWADDLE et HESSLER.)

sociaux (*Id.*, p. 12; LAJOIE *et al.*, 1987: 263.) Ces améliorations manifestent un souci de renforcer la logique globale et administrative de l'intervention étatique, logique selon laquelle le système a été conçu. (RICHARD et MOLINARI, 1988a.) En pratique toutefois, l'action exercée principalement par le Ministère des affaires sociales est à la remorque des dossiers du jour et consiste en de multiples arbitrages plutôt laborieux. Or, comme ces pratiques fragmentées et souvent « politiciennes » ne correspondent pas au rôle attendu, le ministère est l'objet de fréquentes critiques. (BELLWARE et ROBERGE; LESSARD *et al.*, 1985a et 1985b; RIVARD, 1984, 1985a, 1985b et 1985c.) Sa capacité de contrôler le quart des dépenses publiques est également mise en doute, ce qui préoccupe le gouvernement. (M.A.S.)

Les responsables ministériels en viennent à reconnaître ces difficultés et les expliquent par des tensions et des incohérences profondes dans le secteur de la santé: demande quasi illimitée de services, contrôle inadéquat des coûts, mode inapproprié de financement, pouvoirs insuffisants de coordination et difficile adaptation aux réalités et aux besoins nouveaux. Devant cette impasse, il paraît nécessaire de revoir les politiques publiques à l'égard du fonctionnement et du financement du système. (CHEVRETTE, 1985a et 1985b.) Cette opération commence en juin 1985, lorsque le gouvernement du Parti québécois promulgue un décret créant la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes. (Québec, 1985.) Par l'ampleur de son mandat et des attentes qu'elle suscite, mais aussi par le souci de maintenir les acquis de la réforme, cette décision semble répondre à ceux qui demandaient une commission Castonguay II. (RIVARD, 1985a, 1985b et 1985c.)

L'organisme formé de douze membres¹⁴ et présidé par Jean Rochon, alors doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, doit, au cours des trente mois suivants, évaluer le fonctionnement et le financement du système de services de santé et des services sociaux connexes, étudier les diverses solutions à ses problèmes et faire les recommandations les plus appropriées au maintien et au développement de ces services. (ROCHON, 1988: 705-739.) De juin 1985 à janvier 1986, elle réalise certains travaux qui, finalement, facilitent le démarrage de la « véritable » commission Rochon, celle qui sera confirmée par le gouvernement suivant. En effet, le Parti libéral, porté au pouvoir en décembre 1985, promulgue

14. Ce sont: Jean Rochon, avocat, médecin spécialiste en santé communautaire; Roger Bertrand, économiste et ex-directeur des programmes sociaux au Secrétariat du Conseil du Trésor; Janine Bernatchez-Simard, infirmière et présidente du conseil d'administration du C.R.S.S.S. du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des îles de la Madeleine; Jean Rodrigue, médecin omnipraticien du C.L.S.C. de Lac-Etchemin; Louis Lapiere, médecin néphrologue à l'Hôpital Notre-Dame; Norbert Rodrigue, syndicaliste; Jean Frenette, comptable et président du conseil d'administration du centre François-Charron; Harvey Barkun, médecin et directeur général de l'Hôpital général de Montréal; André-J. Bélanger, avocat et président du C.R.S.S.S. du Montréal métropolitain; Jean-Pierre Bélanger, directeur de la recherche à la Fédération des C.L.S.C. du Québec; Hortense Michaud-Lalande, ingénieur; Guy Géliveau, vice-recteur de l'Université du Québec à Montréal. (Québec, 1985.)

dès janvier 1986 un nouveau décret qui, pour l'essentiel, élargit le mandat de l'organisme à l'ensemble des services sociaux et modifie sa composition par la nomination d'un nouveau commissaire et l'exclusion de sept des anciens.¹⁵ (Québec, 1986.)

La démarche générale de la commission, selon la description en annexe de son rapport, comporte essentiellement la réalisation de trois étapes: la définition des problèmes et des enjeux du système, l'élaboration d'hypothèses de solution et la rédaction du rapport. (ROCHON, 1988: 705-740.) En outre, cette démarche repose sur trois grands postulats explicitement formulés:

- Si l'ensemble des partenaires concernés arrive à un consensus à propos des problèmes et des enjeux du système des services de santé et des services sociaux, ce consensus servira de fondement à l'élaboration de solutions acceptables pour le plus grand nombre.

- Si des changements doivent être apportés sur le plan du fonctionnement et du financement, ils ne pourront être appliqués qu'avec la collaboration et la participation des partenaires.

- Les acquis doivent être protégés. L'ensemble du système de services de santé et de services sociaux n'est pas en cause mais bien sa capacité d'adaptation et d'ajustement. (*Id.*, p. 711.)

Les travaux du groupe se déroulent de janvier 1986 à décembre 1987 et son rapport final est rendu public en février 1988. Plus de soixante-dix documents sont publiés: rapport de la consultation publique, consultations d'experts, synthèses critiques et rapports de recherches financées par la commission, dossiers thématiques constitués par son personnel. Le contenu du rapport est présenté comme le résultat d'une démarche d'analyse, de synthèse et d'intégration de ces informations.¹⁶

On affirme que les objectifs de soins, pourtant au cœur du système québécois depuis le début des années 1970, n'ont pas eu les répercussions attendues sur la dynamique du ministère, des conseils régionaux et des établissements. La commission se dit «frappée par le fait que bon nombre de services offerts n'avaient pas le caractère continu, complet et personnalisé qu'ils devraient avoir» (*Id.*, p. 408) et elle porte divers jugements sur cette situation.

Force est de reconnaître que le Ministère et le gouvernement n'ont souvent pas de politique claire et explicite à l'égard de certains problèmes particuliers.

15. Désormais tous les membres proviennent du système public de la santé et des services sociaux ou lui ont déjà été associés étroitement. Les commissaires Rochon (président), Bertrand, Bernatchez-Simard, Rodrigue et Barkun restent en poste, Jean-Pierre Duplantie, travailleur social et directeur général du Centre des services sociaux de l'Estrie, les joint et Gélinau quitte son fauteuil de commissaire pour celui de secrétaire général. (Québec, 1986.)

16. L'annexe 1 du rapport rend compte des activités de la commission et de la chronologie des mesures qu'elle a prises pour réaliser son mandat. (ROCHON, 1988: 705-739.) En même temps, elle permet de déceler la stratégie retenue quant à son fonctionnement.

[...] Force est [...] d'admettre que, s'il y a énoncé d'une politique claire, il arrive fréquemment qu'elle ne se concrétise pas. On fait des politiques, mais les moyens ne suivent pas, comme c'est le cas pour les services aux personnes âgées.

[...] Enfin, la Commission constate l'utilisation peu judicieuse de l'évaluation dans la réorientation des programmes et des politiques. [...] Quand des évaluations sont faites, le plus souvent on n'y donne pas suite. (*Id.*, pp. 412s.)

De l'ensemble des informations recueillies, se dégage, au-delà des progrès accomplis, l'image trouble d'un système qui n'arrive qu'à grand peine à s'ajuster à l'évolution des besoins de la population, à motiver son personnel, à réaménager les pouvoirs et les fonctions des divers organismes pour mieux servir le public, à susciter des recherches qui soient vraiment utiles, à bien gérer la diffusion des technologies, à favoriser la participation des citoyens à la prise de décision, à régionaliser sa gestion et à repenser son financement pour améliorer la « dispensation » des services et l'efficacité du système.

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pression issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que les personnes à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes. (*Id.*, p. 407.)

Les motivations égoïstes et divergentes des nombreux groupes d'intérêts empêchent d'atteindre les grands objectifs sociaux et perturbent fortement les fonctions administratives dans le secteur de la santé.¹⁷ Les actions de ces groupes vont à l'encontre des conduites attendues et expliquent le fonctionnement assez anarchique du système qui s'écarte fortement du modèle global et administratif visé par la réforme Castonguay-Nepveu. Pour la commission Rochon, il s'agit dès lors de déterminer les facteurs de dysfonctionnement et de discerner les corrections propres à réaliser ce modèle.

En effet, à presque vingt ans d'intervalle et dans des contextes pourtant fort différents, les propositions des deux commissions comportent de grandes similitudes et convergences. (GOSSELIN.) La dernière se préoccupe de libérer le système public de sa domination par des groupes d'intérêts, alors que la première se souciait des influences « politiciennes ». (OUELLET, 1987.) La plus récente réaffirme la nécessité des mêmes grandes voies d'intervention étatique ; il en est ainsi du caractère essentiel et fondamental d'une politique « nationale » de la santé avec des objectifs mesurables, du silence sur le rôle des instances politiques centrales, de la régulation centrale et ministérielle par des procédures de planification et d'évaluation, des missions et des fonctions confiées au palier régional, de l'organisation des services en fonction de programmes, de la contribution directe de la recherche et des systèmes d'information à une gestion rationnelle et enfin de la prépondérance des objectifs sociaux sur les finances publiques.

17. Ce constat s'appuie, entre autres, sur une recherche concernant le mode d'allocation budgétaire, menée grâce au programme de recherche de la commission. (BÉGIN *et al.*)

Toutefois, l'actualisation de ces modalités requiert un «nouveau partage du pouvoir entre le centre et les régions» et la mise en place d'une «nouvelle dynamique décisionnelle».

[La...] Commission propose les trois mesures suivantes: 1) le remplacement des CRSSS par des régies régionales [éventuellement élues au suffrage universel]; 2) le recentrage du rôle du Ministère autour de missions de planification et d'évaluation des services, de coordination inter-régionale, de coordination des services de portée provinciale et de protection de la santé publique; 3) la mise en place d'un Conseil de la santé et du bien-être, afin de fournir au gouvernement un outil de planification à long terme et à la population un instrument de plus pour conseiller le gouvernement sur les politiques de santé et de bien-être. Cette dynamique décisionnelle étant assurée, elle devra laisser le terrain libre pour une nouvelle distribution des services et devra inspirer une nouvelle dynamique administrative. (ROCHON, 1988: 496.)

Une telle dynamique se concrétisera entre autres dans le modèle d'allocation budgétaire, mais en autant que les acteurs institutionnels se conformeront aux exigences de cette dynamique:

La Commission se permet d'insister sur la nécessité d'une planification triennale du développement et du financement du système de la santé et des services sociaux. Cette planification triennale doit encadrer la budgétisation annuelle et être articulée à tous les niveaux hiérarchiques du système. Ainsi, les établissements et les organismes producteurs devraient effectuer une planification triennale de leurs activités et la soumettre à la régie régionale, laquelle devrait l'incorporer à la planification des programmes et activités projetés au niveau régional pour la même période. Enfin, au niveau central, on devrait présenter, sur une base triennale, les grands objectifs sociaux et sanitaires proposés à la société québécoise. La planification triennale devrait être la plus transparente possible, c'est-à-dire faire l'objet de communications publiques et, même, mettre à contribution les communautés concernées. (*Id.*, pp. 502s.)

La nouvelle façon de faire améliorera la «rentabilité des ressources investies» et permettra le maintien du financement public du système.

Ainsi, tant les constatations que les propositions du rapport renvoient à un même cadre global et administratif, c'est-à-dire une intervention étatique arborescente qui se répercute sur l'ensemble du système de santé. Les constatations indiquent les infidélités à ce modèle, alors que les propositions en rappellent les exigences. Ce serait en raison de cette préférence fondamentale que la commission Rochon, en dépit des limites observés dans l'application du rapport Castonguay-Nepveu, nous présente une voie de solution largement apparentée à ce dernier; elle nous la sert comme si elle était la seule bonne et comme si la timidité de la réforme législative de 1971, quant au palier régional, ainsi que la poursuite égoïste de leurs intérêts par certains groupes étaient les principales sources des problèmes actuels du système.

Certes, le document ne renvoie pas explicitement à cette logique privilégiée. Malgré son silence, il véhicule inévitablement une vision du secteur de la santé rattachée à des courants scientifiques et politiques qui se retrouvent ailleurs dans la société. Divers commentateurs ont d'ailleurs, soit applaudi sa résistance aux valeurs néo-libérales (VAILLANCOURT), soit critiqué son incompréhension du «communautaire» (LAMOUREUX; ROBERT), soit souligné les limites de son analyse

stratégique (BÉLANGER, 1988), ou encore dénoncé sa vision technocratique (LESEMANN, 1988). Cependant, la plupart considère qu'il perpétue l'État-providence des années 1970 dans un effort pour maintenir les acquis de la réforme Castonguay-Nepveu. La vision des commissaires se rattacherait ainsi au même courant scientifique et politique qui a inspiré les auteurs du rapport Castonguay-Nepveu; cette vision promeut une intervention de l'État selon une logique hiérarchique, avec une ouverture mitigée à la participation.¹⁸

4. Les interprétations de cet épisode posent problème

La commission Rochon est un épisode récent, et peu d'analyses ont été produites jusqu'à maintenant. De plus, les approches structurofonctionnaliste, symbolique, marxiste ou stratégique utilisées pour interpréter la commission Castonguay-Nepveu paraissent insuffisantes.

D'abord, les auteurs du rapport, dans l'annexe qui décrit leurs activités, présentent eux-mêmes leurs recommandations comme le fruit d'une démarche à la fois politique et scientifique. Ces conclusions résulteraient d'un exercice cohérent permettant, par la synthèse, l'analyse et l'intégration, de formuler correctement les problèmes et de mettre au point des solutions qui tiennent compte à la fois des aspirations sociales recueillies auprès de la population et des études produites par des chercheurs. En effet, le texte fait d'abord appel à une légitimité politique inscrite dans le mandat que lui a confié le gouvernement, légitimité que la commission a élargie par ses consultations publiques et la publication d'un volumineux compte rendu. Mais elle se réclame aussi d'une légitimité scientifique par le recours à de nombreux conseillers et experts et à une importante production de recherches financées et publiées par elle. Le rapport exprimerait ainsi les choix éclairés de commissaires mandatés par le gouvernement; il serait une sorte de dénominateur commun combinant un *consensus* populaire autour d'objectifs sociaux et des connaissances scientifiques sur le fonctionnement du système.¹⁹

Mais ce dénominateur auquel on serait arrivé paraît illusoire. (LESEMANN, 1988.) Les propositions de la commission peuvent difficilement être le produit direct de sa démarche cognitive ou de ses constatations. Tout d'abord elle ne pouvait pas intégrer l'ensemble des données de la consultation et des travaux de recherche. En effet, d'une part, les points de vue des personnes et groupes consultés sur le fonctionnement et le financement de la santé étaient parfois contradictoires; par exemple, le rôle et la place de l'intervention gouvernementale apparaissaient

18. Elle consiste à introduire l'élection au suffrage universel des conseils d'administration des régions régionales, tout en maintenant la prépondérance du ministère pour la planification et l'évaluation de l'ensemble des services.

19. Plusieurs analystes considèrent le rapport comme une contribution effectivement éclairée, entre autres, BÉGIN dans un article sur la décentralisation.

trop importants pour les médecins, et insuffisants pour les conseils régionaux. D'autre part, les postulats et les cadres théoriques des recherches n'étaient pas toujours compatibles.

En outre, les contraintes de temps forçaient la réalisation presque simultanée du programme de recherche, de la synthèse des problèmes et des hypothèses de solution, ce qui limitait inévitablement leur intégration. (ROCHON, 1988: 740.) On n'explique pas l'incohérence apparente entre le constat d'une prise en otage du système par de multiples groupes d'intérêts et la recommandation d'une nouvelle dynamique fondée sur la poursuite de grands objectifs communs à tous les citoyens.²⁰ (*Id.*, pp. 407 et 428-431.) Non plus que ne sont posées les interrogations sur la capacité du ministère, en raison simplement de son statut juridique d'appareil administratif de l'État, d'assumer la régulation du système, ou encore sur le fonctionnement concret de régies régionales élues au suffrage universel. (LEMIEUX, 1989a; BERGERON.)

Enfin, le rapport Rochon n'explique pas l'exclusion des autres points de vue sur l'intervention étatique dans le secteur de la santé, comme le désengagement de l'État et la concurrence du marché (si ce n'est une courte discussion des inconvénients du financement privé) ou comme l'élargissement de l'espace démocratique; pourtant, ces autres opinions ont été clairement exprimées et défendues dans divers documents dont des rapports de recherche et des synthèses critiques publiées par la commission elle-même. (GOBEIL; BEAUSOLEIL; BÉLANGER, 1988; BELLEMARE *et al.*; GODBOUT, 1988a; LANDRY; LESEMANN et LAMOUREUX; TROTTIER.) Le rapport ne peut donc pas être perçu comme un simple mécanisme qui aurait facilité l'utilisation des connaissances scientifiques dans la prise de décision à l'égard des politiques publiques de la santé.

Selon BÉLANGER (1990), le mandat même de la commission postulait que le financement du système devait être centralisé, de sorte qu'il excluait, implicitement, les options autres que le renforcement du rôle administratif du ministère. Cette interprétation ignore les autres éléments du contexte de la commission. En effet, comparativement à celui de la commission Castonguay-Nepveu, le *consensus* scientifique et politique capable d'entraîner la soumission spontanée des commissaires à un postulat « socio-étatique » y est beaucoup plus difficile à évoquer. En outre, la présence d'un appareil administratif qui contrôle des dépenses financées par le ministère n'exclut pas que les décisions majeures soient fondamentalement des choix politiques, variant selon les gouvernements élus, plutôt que l'émanation des structures de planification et d'évaluation. De toute

20. Ce « paradoxe » est également décrit par BÉLANGER (1988: 153):

Dans son analyse, [la commission] ne révèle que des stratégies de groupes cherchant à maximiser leurs avantages [et...] elle affirme même qu'il n'y a pas d'objectifs mais seulement des conflits entre groupes de pression où les intérêts les plus forts s'imposent comme objectifs. Dans ses propositions, elle fait la démarche inverse: elle propose des finalités, un nouveau modèle de soins, sans se soucier des stratégies des acteurs, comme si, dorénavant, les acteurs allaient modifier leurs conduites parce qu'on leur assigne de nouvelles finalités.

façon, même en admettant l'acquiescement des commissaires au postulat socio-étatique, il faut encore interpréter sa présence dans le mandat et le recours à une commission d'enquête plutôt qu'à d'autres modes de révision des politiques publiques de santé.

Pour d'autres, le rapport Rochon doit être analysé à la lumière des groupes d'appartenance des commissaires et de la promotion plus ou moins consciente des intérêts de ces groupes. (LESEMANN, 1988; GODBOUT, 1988b.) Pourtant, il est difficile d'associer la logique unique du rapport aux intérêts des divers groupes d'appartenance. Par ailleurs, n'est pas évident le lien entre les premiers commissaires et le gouvernement péquiste au pouvoir, encore moins celui entre la composition révisée du groupe et le gouvernement libéral suivant.²¹ Enfin, la composition des groupes d'appartenance et l'identité de leurs intérêts réciproques deviennent encore plus problématiques lorsque l'ensemble des acteurs, incluant ceux qui ont présenté des mémoires ou réalisé des travaux de recherche, est pris en considération. Tout en reconnaissant la pertinence de ces groupes, il semble difficile de relier les comportements de plusieurs personnes à la promotion de certains intérêts sans réduire la diversité de ceux-ci à la domination d'un groupe sur les autres ou, à l'opposé, sans faire la liste de cette diversité.

À cet égard, l'analyse structurale des politiques publiques qu'utilise LEMIEUX (1989a) fournit une piste attrayante. Pour lui, le rapport serait la résultante d'un jeu dans lequel diverses alliances s'efforcent, chacune ayant en vue son propre intérêt, de structurer le pouvoir dans le système de santé et de services sociaux. Ces alliances renvoient «aussi bien à de simples convergences d'intérêts qu'à des actions concertées autour de certaines décisions». L'auteur en distingue quatre types: médical, sociocommunautaire, bureaucratique et «managérial». Chaque type correspond à un mode de structuration des relations de pouvoir et est valorisé par certains des acteurs du système.

[La commission Rochon...] a agi comme une espèce de metteur en scène, qui a proposé ce que devrait être la contribution des acteurs et la structuration du pouvoir dans les politiques publiques en matière de santé et de services sociaux. La Commission privilégie une alliance de type bureaucratique et une alliance de type socio-sanitaire, contre une alliance de type médical et une alliance de type managérial. (*Id.*, p. 261.)

L'interprétation est d'autant plus intéressante que l'interaction entre des alliances d'acteurs sociaux renvoie à des jeux de pouvoir dépassant le contexte spécifique de la commission Rochon. En effet, cette manière de voir s'appuie sur une motivation profonde des particuliers et des groupes «à structurer les relations entre les acteurs de façon [à être] dans une position d'autonomie et de dépendance

21. En effet, au début, la commission groupe à la fois des personnes directement associées à l'appareil administratif du secteur de la santé et des services sociaux, un syndicaliste, des médecins cliniciens et des professionnels pratiquant en dehors du secteur; et, un peu à l'encontre de la clientèle du Parti libéral, son gouvernement exclut les cliniciens et les autres professionnels non directement associés à l'appareil administratif du secteur.

satisfaisante à [leurs] yeux». (*Id.*, p. 263.) Dès lors, les préférences des acteurs pour l'une ou l'autre structuration de leurs relations ne s'expriment pas uniquement lors de la formulation des politiques publiques; il s'agit simplement d'une occasion de promouvoir une préférence.

5. *La nécessité d'une nouvelle approche théorique*

Les approches évoquées pour expliquer globalement l'épisode de la commission Rochon fournissent donc un éclairage limité, n'atteignant que certains acteurs et aspects particuliers de l'opération. Certes, le point de vue de Lemieux à partir des alliances d'acteurs sociaux ouvre une voie nouvelle, mais elle dit peu sur les actions concrètes des acteurs qui en font partie et sur les pratiques sociales particulières dans lesquelles elles s'insèrent. En outre, l'auteur se place dans le contexte général de la commission sans distinguer d'enjeux plus spécifiques.

Or, la décision de recourir à une commission d'enquête et le choix des personnes qui la composent constituent des enjeux distincts de celui du rapport final de l'organisme. Mais en même temps, ces enjeux sont liés parce que la création d'une commission aussi bien que sa composition et son mandat ont des répercussions sur la production de son rapport. La façon dont le problème est posé, l'angle sous lequel la révision des politiques publiques de la santé est mise à l'ordre du jour politique, l'insistance pour la poursuite des mêmes objectifs ou pour le désengagement de l'État, la présentation d'un mémoire en faveur ou non de la privatisation, les propositions et les silences contenus dans le rapport, les interventions favorables ou défavorables faisant suite à la publication de ce rapport sont autant de manifestations de préférences. Ces dernières sont exprimées à l'occasion d'enjeux distincts et successifs, et celle qui prédomine pour un enjeu donné se répercute sur l'enjeu suivant.

Le choix politique par un gouvernement donné de créer, puis, par un autre gouvernement, de modifier une commission d'enquête présidée par Jean Rochon agit par conséquent sur le contexte du rapport produit. À leur tour, les affirmations et les silences du document fournissent au ministre et à d'autres acteurs des arguments pour ou contre certaines prises de position, et ainsi de suite. Plutôt que de former une commission d'enquête, le gouvernement aurait pu former un groupe de travail avec des représentants du milieu des affaires: parions que son rapport aurait plutôt insisté sur le plafonnement des dépenses publiques.²²

Par ailleurs, comment les pratiques du secteur de la santé s'insèrent-elles dans la société dont elles font partie? Ces agirs produisent ou reproduisent des traits profonds de ce système sociétal et même d'autres systèmes sociaux, comme

22. En fait, le Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, constitué au début de janvier 1986 et présidé par Paul GOBEL, illustre assez bien cette hypothèse.

l'illustre le synchronisme relatif, dans les sociétés occidentales industrialisées, de l'engagement des gouvernements dans le développement du secteur de la santé.²³ La formulation de larges politiques publiques de la santé n'est pas isolée des grands traits qui caractérisent ces sociétés et les alliances d'acteurs associées à cette formulation ne le sont pas non plus. Il paraît donc nécessaire de coupler l'analyse structurale à une interprétation de la modernité. Le sociologue britannique Anthony GIDDENS (1987) fournit une telle interprétation qu'il fonde sur sa théorie de la structuration.²⁴

Le cadre théorique que nous proposons est constitué par l'emboîtement dans la théorie du social de Giddens d'une analyse opératoire des comportements stratégiques d'acteurs inspirée de LEMIEUX (1989b). L'une soutient une interprétation des principaux traits institutionnalisés des sociétés modernes. L'autre révèle la production et la reproduction des traits institutionnalisés dans le secteur de la santé à partir des comportements stratégiques d'alliances d'acteurs.

Avec ce modèle, la commission Rochon est perçue comme un épisode ou un ensemble de pratiques situées dans l'espace et le temps et liées aux comportements stratégiques de groupes d'acteurs ou alliances; ces conduites se manifestent en relation avec des enjeux spécifiques et découlent des préférences des acteurs pour le mode d'action étatique qui leur est le plus avantageux. Le défilement de cet épisode de formulation de politiques publiques correspond alors à l'enchaînement de pratiques produites et reproduites par l'interaction des alliances dont chacune privilégie un mode d'intervention de l'État dans le secteur de la santé.

Selon ce point de vue, tout le déroulement de la commission Rochon est marqué par la prépondérance du même mode d'intervention promu par l'alliance «socio-étatique» à laquelle participent les commissaires. La promotion qu'a faite cette alliance du mode hiérarchique s'est traduite par l'exclusion ou la marginalisation d'autres modes promus par les autres alliances d'acteurs. Le regroupement des acteurs de la santé en ces différentes alliances s'étend également aux chercheurs et aux experts associés aux activités de la commission.

Cette interprétation demeure une hypothèse, et nous sommes actuellement à en éprouver la validité dans une démarche empirique. Il est important de le faire parce

23. Cette même concomitance paraît d'ailleurs se répéter pour la remise en question du développement des systèmes de santé. Il est ainsi significatif, au Canada et depuis 1983, que tous les gouvernements provinciaux ont amorcé une revue de leur politique dans le secteur par la création de commissions et de groupes d'étude. (ANGUS.)

24. Cette théorie s'oppose à la fois à l'impérialisme du sujet individuel que soutiennent les sociologies interprétatives, et à l'impérialisme de l'objet sociétal sur lequel reposent le fonctionnalisme et le structuralisme. Elle vise à «comprendre l'action humaine et les institutions sociales» par de nombreux et nouveaux concepts introduits par l'auteur dans les sciences du social. Ses principales propositions portent sur la compétence de l'agent humain et l'action, la dualité du structurel ainsi que sur l'espace-temps et la «contextualité» de toute interaction sociale.

que sa confirmation peut avoir une incidence sur la formulation même des politiques publiques de la santé au Québec ; en effet, elle incitera peut-être des acteurs engagés dans cette élaboration à réviser les schèmes de représentation dont ils font usage ou qu'ils construisent à cette fin.

Pierre BERGERON

*Département de santé communautaire,
Centre hospitalier de l'Université Laval.*

BIBLIOGRAPHIE

- ANGUS, Douglas E., *A Great Canadian Prescription: Take Two Commissioned Studies and Call Me in the Morning*, Canadian Hospital Association, 36 p. (communication à la IV^e Conférence canadienne sur l'économie de la santé, tenue à l'Université de Toronto, du 27 au 29 août).
- AUCOIN, Peter, «Royal commissions and task forces as mechanisms of program review», *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 2, 2: 1-10.
- BEAUSOLEIL, Gilles, «Intervention socio-économique de l'État», 77 p., dans: Gilles BEAUSOLEIL *et al.*, 1987 *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. («Synthèse critique», 1.)
- BÉGIN, Clermont *et al.*, *Le budget: le jeu derrière la structure*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, viii + 209 p. («Recherche», 28.)
- BÉGIN, Clermont, «La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et de services sociaux au Québec», *Sciences sociales et santé*, VII, 4: 139-166.
- BÉLANGER, Gérard, «La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques», 67 p., 1987 dans: Gilles BEAUSOLEIL *et al.*, *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. («Synthèse critique», 1.)
- BÉLANGER, Gérard, «La provincialisation des services de santé», *Recherches sociographiques*, 1990 XXXI, 3.
- BÉLANGER, Paul-R., «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60: 145-156.
- BELLEMARE, Diane *et al.*, «Regard économique sur le devenir de l'État», 50 p., dans: Gilles BEAUSOLEIL *et al.*, *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. («Synthèse critique», 1.)
- BELLWARE, Jo-Ann et Pierre ROBERGE, *L'État et les affaires sociales: stabilités et changements*, 1984 Québec, Ministère des affaires sociales, 91 p. («Évaluation des programmes», 18.)
- BERGERON, Pierre, *La démocratie, c'est aussi à l'Assemblée nationale*, 16 p. (communication au Colloque Jean-Yves-Rivard, tenu à Montréal, le 11 mars).
- BHÉRER, Harold *et al.*, *Le miroir magique de la décentralisation: perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 239 p.

- BLAIN, Gilbert (dir.), *La réforme des affaires sociales au Québec : instruments et contraintes*, Montréal, 1980 Administration et santé, 88 p. (Actes du I^{er} Colloque Jean-Yves-Rivard, tenu à Montréal, le 11 avril 1979.)
- BONENFANT, Jean-Charles, « Les commissions d'enquête du Québec », dans : *Annuaire du Québec 1972*, 1972 Québec, Bureau de la statistique du Québec, pp. 36-76.
- CASTONGUAY, Claude, « Les instruments politiques », dans : Gilbert BLAIN (dir.), *La réforme des affaires sociales au Québec : instruments et contraintes*, Montréal, Administration et santé, 1980 pp. 31-37. (Actes du I^{er} Colloque Jean-Yves-Rivard, tenu à Montréal, le 11 avril 1979.)
- CASTONGUAY-NEPVEU, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, IV, 1970 *La santé*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 331 p.
- CHEVRETTE, Guy, *Mémoire au Conseil des ministres : Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, Québec, 1985a 17 juin, 10 p.
- CHEVRETTE, Guy, *Déclaration ministérielle à l'Assemblée nationale : Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, Québec, 1985b 19 juin, 9 p.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, « Cost containment through payment mechanisms: The Québec experience », *Journal of Public Health Policy*, 7, 2: 224-238. 1986
- EAKIN, Joan M., « Hospital power structure and the democratization of hospital administration in Québec », *Social Science and Medicine*, 18, 3: 221-228. 1984a
- EAKIN, Joan M., « Survival of the fittest? The democratization of hospital administration in Québec », *International Journal of Health Services*, 14, 3: 397-412. 1984b
- GIDDENS, Anthony, *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris, 1987 Presses universitaires de France, 474 p. (« Sociologies ».)
- GOBEIL, Paul, *Rapports du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales*, Québec, Gouvernement du Québec, 1986 47 p.
- GODBOUT, Jacques(-T.), « Is consumer control possible in health care services? The Québec case », *International Journal of Health Services*, 11, 1: 151-167. 1981
- GODBOUT, Jacques-T., « L'État localisé », 57 p., dans : Gilles BEAUSOLEIL et al., *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (« Synthèse critique », 1.) 1987
- GODBOUT, Jacques-T., « Une commission en otage », *Relations*, 541: 149-152. 1988
- GOSSELIN, Roger, *D'une commission à l'autre*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 18 mai, 1988 20 p. (allocution d'ouverture au 24^e Congrès-exposition).
- HOULD, Fernand-J., *Le système des honoraires modulés: rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec*, Québec, Ministère des affaires sociales, lxi + 319 p. 1980
- LAJOIE, Andrée et al., *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de 1981 l'Université de Montréal, 1 261 p.
- LAJOIE, Andrée et al., *Pour une approche critique du droit de la santé: droit et matérialisation des politiques sociales*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, xviii + 331 p. 1987
- LAMOUREUX, Jocelyne, « La commission Rochon: le communautaire, encore et toujours à la marge », *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60: 157-170. 1988
- LANDRY, Réjean, « Prospective des interventions de l'État », 60 p., Gilles BEAUSOLEIL et al., *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (« Synthèse critique », 1.) 1987

- LEE, Sidney S., *Québec's Health System: A Decade of Change, 1967-77*, Toronto, Institut 1979 d'administration publique du Canada, 54 p. (« Monographies sur l'administration publique canadienne », 4.)
- LEMIEUX, Vincent, « La politique et l'expression de la supériorité », *L'Analyste*, 7: 16-21. 1984
- LEMIEUX, Vincent, « La commission Rochon et la réalisation des politiques publiques », *Administration 1989a publique du Canada*, 32, 2: 261-273.
- LEMIEUX, Vincent, *La structuration du pouvoir dans les systèmes politiques*, Québec, Presses de 1989b l'Université Laval, viii + 227 p.
- LEMIEUX, Vincent et Jean TURGEON, « La décentralisation: une analyse structurale », *Revue canadienne 1980 de science politique*, XIII, 4: 691-710.
- LESEMANN, Frédéric, *Du pain et des services: la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, 1981 Laval, Saint-Martin, 232 p. (« Recherches et documents ».)
- LESEMANN, Frédéric, « Le rapport Rochon: l'introuvable consensus », *Revue internationale d'action 1988 communautaire*, 19/59: 137-143.
- LESEMANN, Frédéric et Jocelyne LAMOUREUX, « Le rôle et le devenir de l'État-providence », 53 p., dans: 1987 Gilles BEAUSOLEIL et al., *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (« Synthèse critique », 1.)
- LESSARD, Richard et al., « Que voulons-nous: des soins ou de la santé? 1. Pour une véritable politique 1985a québécoise », *Le Devoir*, LXXVI, 171, 26 juillet: 7.
- LESSARD, Richard et al., « Que voulons-nous: des soins ou de la santé? 2. Conséquences de l'absence 1985b d'une politique de santé », *Le Devoir*, LXXVI, 172, 27 juillet: 7.
- MARTIN, Nicole, « Les instruments économiques », dans: Gilbert BLAIN (dir.), *La réforme des affaires 1980 sociales au Québec: instruments et contraintes*, Montréal, Administration et santé, pp. 21-29. (Actes du 1^{er} Colloque Jean-Yves-Rivard, tenu à Montréal, le 11 avril 1979.)
- M.A.S., *Rapport du Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts 1985 hospitaliers*, Québec, Ministère des affaires sociales, 28 p.
- M.S.S.S., *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec, Ministère de la santé 1989 et des services sociaux, 147 p.
- QUELLET, Lionel, « Concepts et techniques d'analyses des phénomènes administratifs », *Revue 1968 canadienne de science politique*, I, 3: 310-335.
- QUELLET, Lionel (communication personnelle du 4 décembre). 1987
- PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY, *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*, 1986 Montréal, Agence d'Arc, 480 p.
- PINEAULT, Raynald et Richard LESSARD, « Le système de santé du Québec: objectifs de soins ou 1984 objectifs de santé? », *L'Union médicale du Canada*, 113, 9: 750-754 et 770.
- Québec, *Décret n° 1156-85 concernant la constitution d'une commission d'enquête sur la santé et les 1985 services sociaux connexes*, 18 juin.
- Québec, *Décret n° 57-86 concernant des modifications au mandat, à la composition, à l'échéancier des 1986 travaux et à l'appellation de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, 29 janvier.
- RENAUD, Marc, « On the structural constraints to state intervention in health », dans: Vincente 1977a NAVARRO, *Health and Medical Care in the U.S.: A Critical Analysis*, Farmingdale, Baywood Publishing Company, pp. 135-146.

- RENAUD, Marc, «Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le 1977b domaine de la santé», *Sociologie et sociétés*, 9, 1: 127-152.
- RICHARD, Louise-Hélène et Patrick-A. MOLINARI, «Aspects juridiques de la structuration des 1987a établissements du réseau des affaires sociales de la santé et des services sociaux», 49 p., dans: Andrée LAJOIE et al., *Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. («Recherche», 20.)
- RICHARD, Louise-Hélène et Patrick-A. MOLINARI, «L'organisation interne des établissements de santé et 1987b de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987», 83 p., dans: Andrée LAJOIE et al., *Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. («Recherche», 20.)
- RIVARD, Guy, «Dossiers sur le système de santé au Québec», *Le Devoir*, LXXV, 303, 31 décembre: 7 1984
- RIVARD, Guy, «Dossiers sur le système de santé au Québec», *Le Devoir*, LXXVI, 1, 3 janvier: 7. 1985a
- RIVARD, Guy, «Dossiers sur le système de santé au Québec», *Le Devoir*, LXXVI, 2, 4 janvier: 7. 1985b
- RIVARD, Guy, «Dossiers sur le système de santé au Québec», *Le Devoir*, LXXVI, 3, 5 janvier: 7. 1985c
- RIVEST, François, «L'assurance-maladie au Canada: les raisons de l'implication de l'État», 1984 *Administration publique du Canada*, 27, 1: 24-47.
- ROBERT, Lionel, «Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à 1989 définir», *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 1: 37-52.
- ROCHON, Jean, «Difficultés de la planification dans le domaine de la santé», *Critères*, 15, automne: 1976a 139-151.
- ROCHON, Jean, «La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services 1976b sociaux», dans: *Annuaire du Québec 1975/1976*, Québec, Gouvernement du Québec, 470-480.
- ROCHON, Jean, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, 1988 Québec, Publications du Québec, xiii + 803 p.
- ROY, Yvonnick et al., *Le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, Ministère des 1985 affaires sociales (3 vol.).
- SAINT-PIERRE, Marc-André, *Le système de santé et de services sociaux du Québec: un aperçu*, Québec, 1989 Ministère de la santé et des services sociaux, 94 p.
- TAYLOR, Malcolm G., «Québec medicare: Policy formulation in conflict and crisis», *Administration 1972 publique du Canada*, 15, 2: 211-250.
- TAYLOR, Malcolm G., «The Canadian health care system, 1974-1984», dans: Robert G. EVANS et Greg 1986 L. STODDART (dirs), *Medicare at Maturity: Achievements, Lessons and Challenges*, Calgary, University of Calgary Press, pp. 3-39.
- TROTTIER, Louise-Hélène, *Le rôle de l'État*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et 1988 les services sociaux, 102 p. (dossier thématique).
- TURGEON, Jean, *C.R.S.S.S. et décentralisation de 1972 à 1987: bilan d'une recherche*, Québec, 1987 Ministère de la santé et des services sociaux, 67 p. («Études et analyses», 28.)

- TURGEON, Jean, *Une analyse structurale d'un processus de régionalisation : les conseils de la santé et des services sociaux du Québec, 1971-1988*, Québec, Université Laval, xiv + 256 p. (thèse de doctorat en science politique).
- TWADDLE, Andrew C. et Richard M. HESSLER, «Power and change: The case of the Swedish Commission of inquiry on health and sickness care», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11, 1: 19-40.
- VAILLANCOURT, Yves, «De Rochon à Lavoie-Roux: une introduction au dossier», *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 1: 23-36.