

Recherches sociographiques



Les départements de santé communautaire

Michel O'Neill

Volume 24, numéro 2, 1983

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/056033ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/056033ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

O'Neill, M. (1983). Les départements de santé communautaire. *Recherches sociographiques*, 24(2), 171–201. <https://doi.org/10.7202/056033ar>

Résumé de l'article

Après avoir brièvement rappelé les principales caractéristiques de l'évolution récente du champ de la santé au Québec, l'article situe historiquement la création des D.S.C., qui se fit à la fois en continuité et en rupture avec les anciennes structures de santé publique (unités sanitaires et services municipaux de santé). Quelques données descriptives permettent ensuite de voir où sont situés géographiquement les D.S.C., de quels budgets ils disposent, quel genre de personnel ils emploient et quels services concrets ils offrent à la population. Certaines questions de nature plus analytique sont ensuite posées : les D.S.C. peuvent-ils réellement participer à améliorer l'état de santé de la population ou ne sont-ils qu'un nouveau terrain où des professionnels acquièrent ressources et prestige? Quelle est la conséquence pour les D.S.C. de la création d'une spécialité médicale en santé communautaire? Quelle est la nature des relations entretenues par les D.S.C. avec les organismes communautaires? En tant que protagonistes majeurs des réformes affectant la santé et la sécurité en milieu de travail, dans quel sens risquent-ils d'influencer les services offerts aux travailleurs? L'avenir de ces organismes fort originaux issus de la réforme du réseau des affaires sociales est ensuite discuté. Une bibliographie détaillée sur les D.S.C. complète l'étude.

LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE *

Après avoir brièvement rappelé les principales caractéristiques de l'évolution récente du champ de la santé au Québec, l'article situe historiquement la création des D.S.C., qui se fit à la fois en continuité et en rupture avec les anciennes structures de santé publique (unités sanitaires et services municipaux de santé). Quelques données descriptives permettent ensuite de voir où sont situés géographiquement les D.S.C., de quels budgets ils disposent, quel genre de personnel ils emploient et quels services concrets ils offrent à la population. Certaines questions de nature plus analytique sont ensuite posées : les D.S.C. peuvent-ils réellement participer à améliorer l'état de santé de la population ou ne sont-ils qu'un nouveau terrain où des professionnels acquièrent ressources et prestige ? Quelle est la conséquence pour les D.S.C. de la création d'une spécialité médicale en santé communautaire ? Quelle est la nature des relations entretenues par les D.S.C. avec les organismes communautaires ? En tant que protagonistes majeurs des réformes affectant la santé et la sécurité en milieu de travail, dans quel sens risquent-ils d'influencer les services offerts aux travailleurs ? L'avenir de ces organismes fort originaux issus de la réforme du réseau des affaires sociales est ensuite discuté. Une bibliographie détaillée sur les D.S.C. complète l'étude.

Le champ de la santé a évolué au Québec de façon extrêmement rapide depuis une quinzaine d'années, dans la foulée des grandes réformes étatiques visant à « moderniser » une société où, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les forces de changement pressaient de plus en plus une organisation

* Cet article s'inscrit dans une recherche plus vaste sur les D.S.C. réalisée grâce à des bourses au doctorat en sociologie (Université de Boston) accordées par le Programme national de recherche et développement en matière de santé (Ministère fédéral de la santé et du bien-être social) et le Conseil de la recherche en santé du Québec. L'auteur tient à remercier Gilles Bibeau, Pierre Joubert et Nicole Gagnon de leurs critiques de versions préliminaires de ce texte, dont il prend bien entendu l'entière responsabilité, de même que Diane Tremblay, Isabelle Sévigny et Lise Duchesneau, pour leur inlassable travail de secrétariat.

sociale encore très déterminée par la tradition. Les grandes causes de mortalité, comme dans toutes les sociétés industrialisées, ont changé de façon marquée : alors qu'en 1930 on risquait surtout de mourir d'une maladie contagieuse d'origine microbienne — dont en particulier la tuberculose — ce sont les maladies de l'appareil circulatoire, les accidents, les cancers et les suicides qui, en 1980, font passer de vie à trépas près de 80% de ceux et celles qui décèdent. Quant à l'évolution du genre de maladies qui afflige ses citoyens, le Québec ne présente donc rien de très particulier.

C'est cependant au plan de la dispensation des soins et services reliés à la santé qu'à plus d'un égard les réformes survenues ici, pour donner suite aux recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social — la fameuse Commission Castonguay-Nepveu qui siégea entre 1966 et 1973 — ont attiré l'attention d'experts du monde entier. Dernière province à céder aux pressions du gouvernement fédéral qui voulait pour tous les Canadiens un accès facile, par l'intermédiaire de systèmes de santé provinciaux, à des soins de qualité comparable d'un océan à l'autre, le Québec mit les bouchées doubles et entreprit des changements d'une envergure exceptionnelle qui furent mis en place avec une rapidité fulgurante.

« Au pouvoir, Castonguay et son équipe — empruntant en cela le style ambitieux, coercitif et autoritaire qui fut typique des réformes du gouvernement québécois depuis 1960 — légiférèrent en moins de quatre ans des réformes dans le domaine des professions, de l'organisation des soins et de l'administration des services de santé sur une échelle sans parallèle en Amérique du Nord. On supprima certains organismes (les unités sanitaires). D'autres furent créés : les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), les Départements de santé communautaire (D.S.C.), les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.), l'Office des professions du Québec (O.P.Q.), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.). D'autres virent leurs rôles et fonctions redéfinis : le Ministère des affaires sociales (M.A.S.) et les corporations professionnelles. Plusieurs procédures de gestion furent modifiées et des responsabilités de gestion attribuées à des personnes autrefois étrangères à ce travail. Et finalement, la structure d'ensemble fut clarifiée sur papier en distinguant ce qui était tâches d'exécution (« le réseau ») et tâches de conception, et en reclassant l'ensemble des organisations en quelques catégories bien définies. Bref, un chambardement d'envergure eut lieu. » (RENAUD, 1981a : 518-519.)

De même que dans bien d'autres secteurs de la société québécoise, les changements dans le champ de la santé furent promus par une génération de francophones ayant pour la première fois accès massivement à l'université et dont la mobilité sociale ascendante était rendu difficile par un quasi-monopole anglophone au sein du secteur privé de l'économie. C'est cette génération de technocrates qui prit littéralement d'assaut l'appareil gouvernemental et qui s'affaira à réorganiser la dispensation des services sanitaires, réorganisation dont plusieurs éléments ont été analysés par des spécialistes des sciences sociales au cours des dernières années. Un certain nombre de recherches ont en effet été réalisées sur les professions, sur les C.L.S.C., sur les C.R.S.S.S., sur le fonctionnement des hôpitaux et sur la santé mentale, pour ne nommer que

quelques-uns des secteurs qui ont commencé à être étudiés. Et cela passe sous silence l'impressionnante quantité d'études faites par les dizaines de sociologues, économistes, démographes, anthropologues, historiens et autres diplômés des sciences sociales travaillant au sein des nouveaux organismes de santé et de services sociaux ou encore au M.A.S.

Curieusement, les Départements de santé communautaire (D.S.C.) ont été tenus à l'écart de l'œil inquisiteur des chercheurs alors qu'ils constituent un des éléments les plus originaux de la réforme. Il est en effet peu de pays où les services de santé publique ont été logés dans des hôpitaux! Pourquoi alors ce manque d'intérêt à leur endroit? D'abord, il faut admettre que les D.S.C. ont été jusqu'à maintenant des intervenants discrets à peu près inconnus du public en général, chercheurs inclus; ils n'ont en effet pas été des lieux de conflits les exposant fréquemment sur la place publique, comme ce fut le cas pour les C.L.S.C. par exemple. Qui plus est, malgré le potentiel de changements sociaux et d'évolution de la pratique médicale qu'ils recèlent, les D.S.C. demeurent fort marginaux dans le champ de la santé à côté de la toute puissante médecine curative et spécialisée qui, malgré ses détracteurs de plus en plus nombreux, polarise toujours l'essentiel de l'attention et des budgets. Pourtant, ces organismes sont au cœur de champs d'action dont l'importance sociale est loin d'être négligeable, en particulier la santé au travail. Il convenait donc, nous semble-t-il, de regarder d'un peu plus près ces trente-deux départements hospitaliers pas tout à fait comme les autres.

I. DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Pour comprendre le rôle qui a été assigné aux D.S.C. à l'intérieur du nouveau système régionalisé et intégré de soins et services mis en place depuis le début des années 1970, il faut remonter un peu dans le passé. En effet, c'est à la fois en continuité et en rupture avec les anciens organismes de santé publique (unités sanitaires et services de santé municipaux) que les Départements de santé communautaire ont été créés.

a) *Le remplacement des unités sanitaires et des services municipaux de santé par les D.S.C.*

L'histoire des activités d'hygiène et de santé publique au Québec reste encore largement à écrire, bien que l'on puisse en retracer des bribes à travers les textes d'auteurs tels GAUCHER (1979), ROCHON (1977), DUMAS (1975), RENAUD (1976), O'NEILL (1980), Anonyme (1968), GILBERT (1954, 1958, 1959, 1967), ou RIVARD *et al.* (1970). Ce qui est certain, c'est qu'au moment où siégeait la Commission Castonguay-Nepveu, à cause d'une implication de plus en plus grande du gouvernement du Québec dans la gestion des soins curatifs à l'issue

de la loi sur l'assurance hospitalisation de 1961, l'état du réseau dispensateur des services de santé publique (les unités sanitaires qu'on retrouvait partout au Québec sauf dans les agglomérations de Montréal et Québec où des services municipaux de santé jouaient les mêmes fonctions), alors sous la responsabilité directe du Ministère de la santé provincial, était pitoyable : démotivation d'un personnel vieillissant et dont le prestige, dans les professions de la santé, était on ne peut plus bas ; non-renouvellement des postes rendus vacants par les départs et décès ; activités routinières maintenues souvent davantage par habitude que parce qu'elles contribuaient à améliorer l'état de santé de la population, etc. Indice supplémentaire du peu d'intérêt qui était accordé, vers la fin des années 1960, aux activités de santé publique (campagnes de vaccination, campagnes de dépistage de problèmes de santé en milieu scolaire, surveillance de la salubrité de l'environnement, information préventive dispensée aux femmes enceintes et aux écoliers, éducation sanitaire en santé dentaire, pour ne nommer que les principales) : on avait oublié, dans les plans de réorganisation des soins de santé faisant suite à la Commission Castonguay-Nepveu, de déterminer comment on intégrerait au nouveau réseau des Affaires sociales le personnel et les activités des unités sanitaires et des services de santé municipaux ! On dut en effet constituer, *a posteriori*, un comité spécial sur le sujet (McDONALD *et al.*, 1971), lequel fit des recommandations précises sur les fonctions que devraient jouer les organismes de santé publique ainsi que sur la façon de les structurer et de les intégrer au nouveau réseau.

C'est donc quasiment par la porte d'en arrière, si l'on peut dire, que la santé publique fit son entrée dans le système régionalisé qu'on était à structurer au début des années 1970. En effet, oubliés dans le corps même du texte de loi sur la santé et les services sociaux (L.Q., 1971, chap. 48), les services assurés par les anciens organismes de santé publique devaient être maintenant dispensés en majeure partie par des « D.S.C. » dont l'existence juridique relevait des règlements de la dite loi (principalement : A.C. 3322-72 du 8 novembre 1972 et A.C. 3276 du 12 septembre 1973), D.S.C. qu'une trentaine d'hôpitaux québécois se virent dans l'obligation de créer le 1^{er} janvier 1973. Depuis cette date, on peut découper grossièrement l'évolution historique de ces organismes en trois phases (O'NEILL, 1981a ; A.H.P.Q., 1978 ; DUPLESSIS, 1981-1982) : une phase de mise sur pied, une phase de réorganisation des programmes préventifs hérités des unités sanitaires et des services municipaux et une phase, qui commence à peine, d'ouverture plus manifeste aux dimensions sociales, communautaires et politiques du travail en « santé communautaire ».

b) *L'avènement de la santé communautaire*

Rupture avec le passé qui va au-delà de la sémantique : on ne parle plus de santé publique au Québec depuis la création des D.S.C. mais bien de santé communautaire. Qu'est-ce donc que la santé communautaire ? Une récente

analyse de la littérature internationale sur le sujet fait ressortir que cette approche à la planification et à la dispensation des services de santé est surgie dans plusieurs pays, développés ou en développement, principalement au cours des années 1960. On peut en proposer la définition suivante :

« La santé communautaire est une approche à la dispensation des soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, doublées d'autres mesures à caractère social, économique et politique, dispensées par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire ; ces services sont dispensés à des populations géographiquement définies à qui l'on fournit des soins de santé primaires, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participante et débouchant à la limite, sur un service national de santé. » (CONILL et O'NEILL, 1982 : 59.)

La santé communautaire, en tant que concept, véhicule donc un contenu ambigu car elle comporte aussi bien une dimension technocratique qu'une dimension de participation de la population et peut avoir des relents de contrôle social aussi bien que de pratiques libératrices.

Au Québec, c'est davantage à partir de technocrates gouvernementaux, et surtout pour des fins de planification rationnelle des services, que la santé communautaire a été introduite, quoique certains mouvements militants plus contestataires (Mouvement du 23 janvier, 1981a et 1981b) n'hésitent pas à s'en réclamer à l'occasion. Il n'est donc pas étonnant que la définition qu'en propose ROCHON, une des principales éminences grises de la réforme du système de santé québécois, soit demeurée la principale référence jusqu'à ce jour ; selon lui, « la santé communautaire peut se définir comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires » (1977 : 470). Bien que, selon Rochon toujours (*id.* : 474-477), les « fonctions de santé communautaire » devraient idéalement être jouées par tous les organismes et à tous les paliers d'un système de santé, on peut affirmer qu'en pratique c'est surtout en rupture avec les activités des anciens organismes de santé publique et en relation avec les D.S.C. (et dans une moindre mesure les C.L.S.C.) qu'elles se sont déployées ici. (O'NEILL, 1979 ; VILLEDIEU, 1980.) Ces fonctions sont au nombre de quatre : analyse des problèmes de santé et des besoins d'une population ; élaboration de programmes de services en réponse à ces besoins ; coordination du déploiement de ces programmes avec l'ensemble des services (privés ou publics, préventifs, curatifs ou de réadaptation) existant dans un territoire géographique donné ; évaluation des programmes.

Les D.S.C. devaient donc être, dans la tête des réformateurs, les organismes qui permettraient de passer d'une ère où, selon plusieurs, l'inefficacité régnait souvent en reine et maîtresse au sein des services de santé publique, à une ère où la rationalité technocratique de la santé communautaire assurerait une utilisation optimale des ressources et amènerait, vu l'insertion des D.S.C. dans les

milieux hospitaliers, une transformation progressive de la mentalité et du rôle des hôpitaux en les ouvrant davantage sur la communauté.

c) *Les fonctions spécifiques des D.S.C.*

Le passage de l'ère de la santé publique à l'ère de la santé communautaire, en plus de faire passer des mains d'un ministère aux mains d'organismes parapublics les activités préventives, a quand même élargi de façon notable le champ d'activités où ces organismes devaient s'impliquer. (DESROSIERS, 1976; ROCHON, 1977.) De par les règlements de la loi 48 déjà évoqués, les D.S.C. sont responsables : 1. du fonctionnement et de la coordination des services de santé touchant le personnel de l'hôpital où ils œuvrent ; 2. de l'élaboration, de la mise en œuvre et du développement de programmes de santé physique et mentale en collaboration avec les C.L.S.C. ; 3. de l'étude des besoins de la population dans les domaines de la santé physique et mentale ; 4. des enquêtes sur les épidémies et de la mise en application des mesures de contrôle appropriées ; 5. de voir à ce que des soins d'urgence et que des services externes généraux soient dispensés par leur centre hospitalier. De plus, par l'arrêté en conseil 4453-75, le gouvernement du Québec confiait aux D.S.C., en 1975, un premier mandat explicite dans le champ de la santé au travail (VÉZINA, 1977), mandat qui sera suivi, en 1980 et sous l'effet de la loi 17 sur la santé et la sécurité au travail, de responsabilités majeures sur lesquelles nous nous pencherons davantage un peu plus loin.

L'élargissement des activités des D.S.C. par rapport aux anciens services de santé publique est aussi visible dans le secteur des soins à domicile. En effet, avant 1970, le gouvernement du Québec payait pour la dispensation de services de personnel paramédical (principalement des infirmières, des physiothérapeutes et des auxiliaires familiales), disponibles gratuitement à domicile sur prescription médicale à des clientèles de personnes âgées ou de personnes en convalescence par suite d'une opération ou d'un séjour en milieu hospitalier. Sous la responsabilité de corporations privées à but non lucratif financées à cent pour cent par des fonds du Ministère des affaires sociales, ces services furent progressivement intégrés aux D.S.C. et C.L.S.C. à partir de 1975. Il faut finalement souligner que toute la portion des anciens services de santé publique concernant la surveillance de la salubrité du milieu fut annexée dès 1973 à ce qui s'appelait alors le Service de l'environnement du Ministère des affaires municipales, et non pas aux D.S.C. ou C.L.S.C.

En résumé, on peut donc dire que les D.S.C. se sont vu confier, à l'intérieur du réseau des affaires sociales, une série de missions visant à l'amélioration de la santé de la population québécoise, missions qu'ils exercent à un niveau de fonctionnement sous-régional situé entre celui des C.R.S.S.S., qui s'occupent des grandes régions socio-sanitaires, et celui des C.L.S.C., qui s'occupent du niveau local. Certaines de ces missions sont dans le prolongement direct des

activités traditionnelles de santé publique, telles que pratiquées auparavant par les unités sanitaires et les services de santé municipaux, alors que plusieurs autres, vu la nouvelle idéologie de la santé communautaire qui leur sert de fondement, sont nouvelles. Il est, de plus, important de noter que, dans les règlements qui les régissent, les D.S.C. ne sont nulle part tenus de dispenser eux-mêmes l'ensemble des programmes qu'ils structurent « en collaboration avec les C.L.S.C. »; cependant, le Québec ne comptant qu'environ cent C.L.S.C. sur un total nécessaire de près de deux cents pour couvrir l'ensemble de son territoire, une partie très importante des efforts des D.S.C. depuis leur création a consisté à fournir eux-mêmes des services préventifs là où il n'y a pas de C.L.S.C. ainsi que, en plusieurs endroits, à stimuler la mise sur pied de C.L.S.C. Progressivement, cette fonction de suppléance des C.L.S.C., qui selon certaines estimations occupe près de 80% du travail de plusieurs D.S.C. (DUPLESSIS, 1981 : 31), s'amenuise : en plusieurs endroits, on a déjà intégré aux C.L.S.C. le personnel du D.S.C. qui s'occupait de l'exécution des programmes préventifs. Cette réaffectation massive de ressources des D.S.C. vers les C.L.S.C. entraînera à relativement court terme une modification profonde du fonctionnement des premiers, modification souhaitée par certains car elle permettrait enfin à ces organismes de jouer le rôle qui leur est propre dans le réseau des affaires sociales, mais crainte par plusieurs, car elle pourrait signifier la disparition éventuelle de ce réseau sous-régional.

II. QUELQUES DONNÉES SOCIOGRAPHIQUES SUR LES D.S.C.

Il n'existe actuellement que très peu de données descriptives sur les D.S.C., même si ce réseau de trente-deux départements hospitaliers existe depuis une dizaine d'années. Chaque D.S.C. possède une série d'informations qui ne sont pas toujours recueillies de façon systématique et elles sont souvent peu comparables d'un département à l'autre.

Deux sources de données colligées pour l'ensemble des D.S.C. existent cependant, auxquelles nous emprunterons les tableaux qui suivent. La première de ces sources, et de loin la plus complète et la plus fiable, est le document *Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec* (A.H.P.Q., 1978), connu sous le nom de « Rapport GRAM » dans le milieu de la santé communautaire. Ce rapport a été préparé à partir d'entrevues détaillées auprès du personnel des trente-deux D.S.C. et des trente-deux hôpitaux désignés pour mettre sur pied un département de santé communautaire (les C.H.-D.S.C.), ainsi qu'à partir d'analyses fouillées d'une imposante documentation écrite. Les données contenues dans ce rapport ont donc l'immense avantage d'avoir été recueillies systématiquement par les mêmes personnes, avec une méthode comparable; de plus, ces personnes ont eu un accès à peu près illimité à tous les dossiers et toutes les informations. Ces données ont cependant deux inconvénients. Le

premier est qu'elles datent de près de cinq ans déjà et qu'en cinq ans, bien des choses se sont passées au sein des D.S.C. qui ne sont pas prises en considération. Le second est que le rapport a été commandité par l'Association des hôpitaux du Québec afin de voir les effets, perçus comme néfastes par plusieurs à cette époque, de l'insertion des D.S.C. dans les C.H.-D.S.C. Il est donc orienté politiquement, ce qui se reflète clairement dans les recommandations dégagées des données, et peut contenir des biais difficiles à évaluer à cause de ce contexte de commandite.

La seconde source de données est plus récente. En effet, après plusieurs années de négociation, l'ensemble des D.S.C. (via l'Association des directeurs de D.S.C.) et la Direction de la santé communautaire et des services aux communautés autochtones du M.A.S. en sont venus à s'entendre sur des formulaires permettant à chaque D.S.C. de transmettre un rapport annuel au M.A.S. L'année budgétaire 1980-1981 a été la première année où, à partir de ces formulaires, les trente-deux D.S.C. ont fourni des informations sur leurs ressources et plusieurs de leurs programmes. Ce sont des informations inédites auxquelles, grâce à la collaboration précieuse des fonctionnaires du M.A.S., la présente section fait appel. Malheureusement, le fait que, pour la première fois, des données récentes et détaillées soient disponibles au Ministère est terni passablement par deux phénomènes : d'abord les négociations sur les formulaires s'étant terminées il y a environ trois ans, plusieurs nouveaux programmes ont pu voir le jour depuis lors (dont ceux en santé au travail) sans que rien n'ait été prévu pour transmettre une information systématique à leur propos ; en second lieu, il semble que pour diverses raisons (première fois que les formulaires sont utilisés, crainte de certains D.S.C. de voir leurs budgets futurs affectés par l'information transmise au M.A.S., non-disponibilité de certaines informations dans certains D.S.C.), les rapports n'ont pas été remplis avec le même sérieux partout, ce qui invalide passablement la qualité générale de plusieurs de ces données.

Malgré leurs limites, ces deux ensembles d'informations permettent tout de même de brosser un tableau assez intéressant des D.S.C.

a) *Division du territoire québécois en secteurs de D.S.C.*

Le découpage de la province en trente-deux territoires de D.S.C. (tableau 1 et carte) appelle peu de commentaires, si ce n'est sur la manière dont il a été fait. Personne en effet ne semble savoir vraiment par quelle alchimie politique on en est arrivé, à la suite du rapport McDONALD (1971), à choisir les centres hospitaliers qui devraient mettre sur pied un D.S.C. Plusieurs se demandent encore pourquoi tel hôpital pédiatrique francophone situé dans un territoire à forte composante anglophone et allophone a été retenu, ou encore pourquoi tel petit centre hospitalier en milieu périphérique a été préféré à un autre de même type dans une municipalité voisine. Ce découpage territorial a pourtant tenu

TABLEAU I

Répartition de la population du Québec, selon le territoire de D.S.C., 1976.

| TERRITOIRE* ET NOM DU C.H.-D.S.C. | Population masculine | Population féminine | POPULATION TOTALE |
|--|----------------------|---------------------|-------------------|
| (01-A) Hôpital Saint-Joseph de Rimouski..... | 68 235 | 67 790 | 136 105 |
| (01-B) Hôtel-Dieu de Gaspé..... | 47 195 | 45 095 | 92 320 |
| (02-A) Hôpital de Chicoutimi..... | 81 580 | 80 850 | 162 405 |
| (02-B) Hôtel-Dieu de Roberval..... | 61 330 | 58 905 | 120 225 |
| (03-A) Hôpital Saint-Joseph de Beauceville Ouest | 76 610 | 75 600 | 152 265 |
| (03-B) Hôtel-Dieu de Rivière-du-Loup..... | 40 205 | 39 615 | 79 750 |
| (03-C) Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec)..... | 93 220 | 93 645 | 186 790 |
| (03-D) Hôtel-Dieu de Lévis..... | 48 830 | 49 465 | 98 295 |
| (03-E) Centre hospitalier de l'Université Laval . | 110 630 | 112 420 | 223 005 |
| (03-F) Hôpital du Saint-Sacrement (Québec)... | 77 180 | 90 540 | 167 720 |
| (03-G) Hôtel-Dieu de Montmagny..... | 34 335 | 33 550 | 67 910 |
| (04-A) Hôpital régional de la Mauricie (Shawinigan)..... | 49 235 | 49 290 | 98 575 |
| (04-B) Hôpital Sainte-Croix (Drummondville) .. | 70 760 | 70 630 | 141 370 |
| (04-C) Centre hospitalier Sainte-Marie (Trois-Rivières)..... | 91 835 | 94 340 | 186 120 |
| (05-A) Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke..... | 113 165 | 116 435 | 229 590 |
| (06A-A) Lakeshore General Hospital (Pointe-Claire)..... | 106 585 | 109 255 | 215 855 |
| (06A-B) Centre hospitalier de Verdun..... | 95 555 | 103 350 | 198 935 |
| (06A-C) Hôpital Maisonneuve-Rosemont(Montréal) | 202 590 | 214 875 | 417 545 |
| (06A-D) Hôpital Sainte-Justine (Montréal)..... | 81 425 | 96 275 | 177 705 |
| (06A-E) Montreal General Hospital..... | 94 840 | 103 945 | 198 810 |
| (06A-F) Hôpital du Sacré-Cœur (Cartierville).... | 169 370 | 184 250 | 353 640 |
| (06A-G) Hôpital Saint-Luc (Montréal)..... | 149 450 | 157 870 | 307 360 |
| (06A-H) Cité de la santé de Laval..... | 123 525 | 122 655 | 246 255 |
| (06B-A) Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme..... | 125 270 | 122 695 | 247 890 |
| (06B-B) Centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette)..... | 103 065 | 102 180 | 205 315 |
| (06C-A) Centre hospitalier de Valleyfield..... | 94 860 | 94 425 | 189 140 |
| (06C-B) Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe)..... | 133 405 | 133 555 | 266 890 |
| (06C-C) Hôpital Charles-Lemoyne (Longueuil) .. | 170 325 | 171 555 | 341 855 |
| (06C-D) Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean) . | 88 590 | 85 840 | 174 345 |
| (07-A) Centre hospitalier du Sacré-Cœur (Hull) | 136 570 | 133 640 | 270 160 |
| (08-A) Centre hospitalier de Rouyn-Noranda... | 78 270 | 73 635 | 151 795 |
| (09-A) C.H. régional Baie-Comeau/Hauterive .. | 61 850 | 57 410 | 119 230 |
| TOTAL..... | 3 079 890 | 3 145 580 | 6 225 470 |

SOURCE: Compilation spéciale des données du recensement de 1976, Direction de la santé communautaire et des services aux autochtones, Ministère des affaires sociales du Québec.

* Le numéro d'identification correspond aux subdivisions sous-régionales des régions socio-sanitaires; par exemple, la région 01 (Gaspésie) est subdivisée en deux sous-régions: 01-A (D.S.C. de Rimouski) et 01-B (D.S.C. de Gaspé).

compte de certains découpages préexistants (secteurs de recensement, régions socio-sanitaires, territoires projetés de C.L.S.C., par exemple), tout en faisant fi de certains autres (territoires de commissions scolaires, par exemple), ou encore de critères tels l'homogénéité ethnique ou communautaire.

Un des phénomènes importants qui se dégage de ce découpage est le fait que, pour certaines régions socio-sanitaires (régions 05, 07, 08 et 09), il n'y a qu'un seul D.S.C. et que, pour certaines autres (régions 01 et 02), il n'y en a que deux; cela ne va pas sans poser certains problèmes de chevauchement de mandats avec l'instance régionale (le C.R.S.S.S.). Ces problèmes sont exacerbés à mesure que les D.S.C. se départissent vers les C.L.S.C. de leurs fonctions d'exécution de programmes, et ils en viennent même à remettre en cause l'existence des D.S.C. en certains endroits.

De plus, tel que l'illustre le tableau 1, le nombre de personnes desservies par chaque D.S.C. est très variable, ce qui reflète d'une part des différences de densité de la population, mais soulève d'autre part le fait qu'il y aurait certainement bien d'autres divisions possibles du territoire dont certaines pourraient probablement équilibrer mieux le volume de personnes à desservir pour chaque D.S.C. Cette « inégalité » entre D.S.C. est d'ailleurs fort bien reflétée dans un tableau du rapport GRAM où, pour 1978, le budget par personne à desservir oscillait d'un D.S.C. à l'autre entre \$3.85 et \$42.98 (A.H.P.Q., 1978, Annexe 2, p. 1), avec une moyenne d'ensemble de \$9.30.

b) *Le budget des D.S.C.*

Si l'on jette un rapide coup d'œil sur le budget alloué par le gouvernement du Québec à l'ensemble des D.S.C. pour l'année comprise entre le 1^{er} avril 1981 et le 31 mars 1982, il est estimé à environ \$86 millions par les fonctionnaires du ministère en tenant compte des divers postes budgétaires qui sont impliqués, en tout ou en partie, dans leur financement. À titre de comparaison, pour la même année financière, la centaine de C.L.S.C. que comptait le Québec et qui en étaient, comme le rappelait récemment VILLEDIEU (1980: 45), à des stades de développement très variables, disposait selon les mêmes sources d'un budget total d'environ \$107 millions.

Soulignons, toujours d'après les fonctionnaires qui ont été consultés, que les coupures budgétaires, bien que présentes dans ces deux types d'institutions à caractère plus préventif, n'ont pas eu la même vigueur que dans d'autres secteurs du système de santé; cela semble traduire, à court terme du moins, la volonté politique du gouvernement québécois de donner une chance à ces jeunes réseaux, qui ensemble n'accaparent qu'environ 5% de l'ensemble des dépenses gouvernementales en matière de santé.

c) *Le personnel des D.S.C.*

Au 31 mars 1981, tel que compilé par la Direction de la santé communautaire et des services aux autochtones du M.A.S., les trente-deux D.S.C. du Québec disposaient d'environ 2 680 postes «équivalent plein-temps». Comme il s'agit là de postes, et non de personnes, et qu'un seul poste «plein-temps» peut parfois servir à payer plusieurs personnes à temps partiel, il s'agit donc là d'un estimé minimal du volume de personnel employé dans les D.S.C. On peut analyser ces postes de différentes manières.

TABLEAU 2

Répartition des postes dans les D.S.C., selon certaines catégories reliées à la dispensation des services, 1980-1981.

| TYPE DE POSTE | NOMBRE | % |
|---|--------|------|
| Planification, programmation et évaluation des services | 422 | 15.7 |
| Coordination de la dispensation des services | 83 | 3.2 |
| Support administratif et technique | 395 | 14.8 |
| Dispensation des services | 1 676 | 62.5 |
| Projets spéciaux | 104 | 3.8 |
| TOTAL | 2 680 | 100 |

SOURCE: Compilation des formulaires de rapport annuel des D.S.C. pour 1980-1981, Direction de la santé communautaire et des services aux autochtones, Ministère des affaires sociales du Québec.

Le tableau 2 fait clairement ressortir la grande importance, déjà mentionnée, de la suppléance jouée par les D.S.C. quant aux services préventifs à être dispensés un jour par des C.L.S.C. En effet, en plus du personnel affecté à la dispensation de ces services et à la coordination de cette dispensation (soit 65.7% de l'ensemble des effectifs), on peut estimer qu'une portion importante du personnel de support technique et administratif est elle aussi affectée à la dispensation des services. Dans la mesure où les D.S.C. intégreront progressivement ce personnel aux C.L.S.C., processus qui prendra encore plusieurs années cependant, on voit donc qu'il restera entre cinq cents et sept cents personnes dans le réseau des D.S.C. Cela équivaldra à une équipe de quinze à vingt personnes par D.S.C., lequel à ce moment se consacrera probablement exclusivement à l'analyse des besoins et de l'état de santé de la population, à la coordination des services dispensés sur son territoire, à la planification, la programmation et l'évaluation.

On peut aussi regarder la répartition du personnel des D.S.C. sous un angle différent : celui de l'appartenance professionnelle.

TABLEAU 3

Répartition du personnel de D.S.C., selon certaines catégories professionnelles, 1980-1981.

| CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DISPONIBLE | N |
|--|-------|
| Infirmière | 1 647 |
| Personnel de bureau (secrétaire, dactylo, commis-réceptionniste, technicien administratif) | 350 |
| Hygiéniste dentaire | 106 |
| Médecin à plein temps | 93 |
| Personnel de services à domicile (auxiliaire familiale, préposé aux bénéficiaires) | 61 |
| Personnel de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute) | 40 |
| Nutritionniste | 36 |
| Dentiste | 25 |
| Orthophoniste, audiologiste | 22 |
| Assistante dentaire | 16 |
| Personnel de services sociaux (travailleur social, organisateur communautaire) | 9 |
| SOUS-TOTAL | 2 405 |
| CATÉGORIE PROFESSIONNELLE NON DISPONIBLE * | N |
| Personnel de recherche | 72 |
| Adjoint administratif | 31 |
| Personnel en santé au travail | 28 |
| Autre personnel technique | 19 |
| Impossible à classifier | 125 |
| SOUS-TOTAL | 275 |
| TOTAL | 2 680 |

SOURCE: Compilation effectuée à partir des formulaires de rapport annuel des D.S.C. pour 1980-1981, Direction de la santé communautaire et des services aux autochtones, Ministère des affaires sociales du Québec.

* Les données étant recueillies sur la base de la classification administrative du poste, et non de la profession, cela explique la nécessité de cette seconde série de catégories.

Il ressort clairement du tableau 3 que les D.S.C. emploient en très forte majorité (61.5% de l'ensemble du personnel) des infirmières, tant dans les postes de dispensation de services que dans les postes de coordination; on les retrouve aussi en proportion non négligeable dans les postes de planification, programmation et évaluation. Cette prédominance d'infirmières s'explique en majeure partie par l'héritage des anciennes structures de santé publique. Une autre constatation frappante: la quasi-absence de personnel relié au « social »,

et ce, même si l'on présume qu'une bonne majorité du personnel de recherche a une formation en sciences sociales, de même qu'une portion des « non classifiés » et une partie du personnel en santé au travail. Comment peut-on espérer développer une vision élargie de la santé et des services à donner, tenant compte des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de toute personne ou toute collectivité, si l'on ne dispose que de personnel « médical » au sens habituel du terme, ayant le plus souvent été formé dans une optique traditionnelle de soins curatifs ?

d) *Les services offerts par les D.S.C.*

Dans un document-synthèse décrivant les programmes offerts par les D.S.C. en 1980-1981 (ÉMOND, 1981), on se rend compte que ces organismes sont actifs dans les secteurs suivants :

- *Périnatalité* : dispensation de cours prénatals, postnatals immédiats (en milieu hospitalier après la naissance), postnatals éloignés (après le retour à la maison).
- *Surveillance de l'enfant* durant sa première année de vie : visite à domicile (systématique ou effectuée sur un sous-ensemble de la population des nouveau-nés, dépendant des D.S.C.) afin de surveiller le développement de l'enfant et, en les dépistant tôt, de prévenir l'apparition de problèmes physiques ou socio-affectifs.
- *Immunisations* : vaccination systématique des enfants contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polyomyélite, la rougeole, la rubéole et les oreillons. Vaccination des personnes voyageant en pays étranger.
- *Surveillance des épidémies* de maladies infectieuses, de maladies « à déclaration obligatoire » (maladies d'une gravité extrême pouvant requérir des mesures de quarantaine ou de fermeture) et de maladies transmises sexuellement.
- *Dépistages actifs, en milieu scolaire*, des problèmes de vision, d'audition, de scoliose (déviations de la colonne vertébrale), de croissance statur pondérale ou d'autres affections physiques ou neuro-motrices.
- *Éducation sanitaire* et information préventive en milieu scolaire avec insistance spéciale sur la nutrition et la santé dentaire.
- *Soins à domicile* aux personnes âgées, atteintes de handicap ou en convalescence après une hospitalisation.
- *Aide à domicile*, pour travaux domestiques ou soins personnels, à des clientèles similaires à celles des soins à domicile.

Nous ne disposons à l'heure actuelle d'aucune information systématique sur la portion du travail des D.S.C. qui n'est pas de la suppléance des services de C.L.S.C., ses mandats à l'intérieur de l'hôpital notamment. De plus, certains secteurs tels la santé au travail ou les « projets spéciaux » de D.S.C. (en gérontologie, par exemple, ou encore en santé mentale) ne faisant pas encore

l'objet de formulaires à transmettre au M.A.S., on ignore actuellement presque tout à leur sujet. On doit donc considérer la liste précédente comme une indication du genre d'activités dispensées par les D.S.C. davantage que comme un relevé exhaustif.

III. QUELQUES INTERROGATIONS

La question de fond la plus importante à poser à propos des D.S.C. est peut-être celle-ci : ces organismes para-publics peuvent-ils réellement participer à améliorer l'état de santé de la population québécoise à travers les services qu'ils dispensent ? Pour répondre de façon concluante à une telle question, il faudrait proposer une définition de « l'état de santé de la population » qui tienne compte des débats actuels entre différentes écoles de pensée sur le sujet. Qui plus est, il faudrait élaborer une typologie des services offerts par les D.S.C. en référant aux diverses fonctions qu'ils ont à jouer et développer des instruments de mesure permettant de vérifier si ces services sont efficaces ou non en rapport avec l'amélioration de la santé de la population, tout en tenant compte des divers biais épistémologiques qui se cachent derrière la notion même « d'efficacité ».

Même sans disposer de telles données de recherche, il est néanmoins possible de proposer une avenue de réponse dont plusieurs faits contribuent à renforcer la vraisemblance. Soulignons d'abord deux constatations de chercheurs contemporains. La première provient des travaux des McKEWON (1976), McKINLAYS (1977), COCHRANE (1972), ILLICH (1975), POWLES (1973) et de bien d'autres qui ont montré fort éloquemment que, quoiqu'elle prétende, la médecine moderne n'a contribué que de façon très marginale à l'évolution de la santé des populations humaines au cours des siècles derniers si on la compare à des phénomènes tels l'amélioration de la nutrition, l'espacement et la diminution des naissances, ou encore l'adoption de mesures simples d'hygiène (savon, toilettes, eau potable). Ces analystes nous incitent donc à conserver un œil très critique face à ce nouveau visage de la médecine que présentent les gens œuvrant en santé communautaire, que ce soit au D.S.C. ou ailleurs ; comme le suggère Norbert BENSÂÏD (1981) dans sa sévère attaque contre la médecine préventive, il n'est pas certain que ce type de pratique va améliorer quoi que ce soit de plus que les autres volets de la médecine quant à l'état de santé de populations qu'il rend de plus en plus dépendantes !

La seconde constatation émerge des travaux de recherche, magistralement synthétisés par BOZZINI (1981), portant sur les raisons de l'envahissement de plus en plus marqué de la vie privée par des professionnels et des experts de tout

acabit. Si, en effet, on appliquait à la capacité des services des D.S.C. d'influencer l'état de santé d'une population des constatations identiques à celles faites à propos d'autres services gouvernementaux assez similaires, on serait en droit de conclure, à la suite d'auteurs tels HELFGOT (1981), que ces services sont d'abord utiles à ceux qui les donnent et non pas à ceux qui les reçoivent. Dans cette même veine, PIVEN et CLOWARD (1971), parmi bien d'autres, ont soutenu que la fonction sociale première des services publics, de santé ou autres, est d'exercer un contrôle étroit sur les populations marginales ou exclues de la société dominante afin de favoriser une paix sociale propice à l'expansion du capitalisme.

La réponse à la question de fond posée plus haut à partir de ces deux constatations pourrait donc s'énoncer sous forme de l'hypothèse suivante : *Les D.S.C. ne seraient qu'un autre de ces lieux, fort abondants dans les sociétés post-industrielles, où des professionnels auparavant peu reconnus socialement parviennent à se tailler à travers des organismes gouvernementaux des emplois et un certain prestige aux dépens d'anciennes élites; ces professionnels sont donc structurellement incapables de rendre des services permettant d'améliorer significativement l'état de santé de la population car cette amélioration nécessiterait un réaménagement profond d'un ordre social qu'ils sont voués à maintenir ou à renforcer s'ils veulent conserver leurs privilèges récemment acquis.* Ce scénario ne serait pas nouveau dans les sociétés post-industrielles et la montée des technocrates et des professionnels par le biais du gonflement de l'appareil étatique a été observée dans bien des sociétés et documentée au Québec par SIMARD (1979) et RENAUD (1978) entre autres. Qui plus est, c'est exactement cette interprétation de l'évolution récente du champ québécois de la santé que proposent Lesemann et Renaud, bien qu'ils n'aient pas étudié en détails le cas des D.S.C. (LESEMAN, 1978, 1979 et 1981; RENAUD, 1976, 1977 et 1981a.)

Plusieurs autres avenues de réponses à notre question de fond (à savoir la capacité des D.S.C. à participer à l'amélioration de la santé de la population québécoise) seraient évidemment possibles. Celle que nous avons retenue repose sur une conception sociologique de la santé qui est postulée ici comme la plus appropriée et qu'on pourrait résumer ainsi : ce sont les rapports sociaux de domination qui sont à l'origine des problèmes de santé et toute intervention dans ce secteur, pour participer à réellement améliorer l'état de santé, doit tendre à faire disparaître ces rapports. En regard de cette conception, il y aurait donc, selon notre hypothèse, des contraintes structurelles énormes rendant très difficile dans les D.S.C. la réalisation d'interventions visant à faire disparaître les rapports de domination au sein de la société, dont entre autres la domination des professionnels de la santé face à la population.

Les difficultés structurelles à mettre sur pied de telles interventions sont explorées, dans les pages qui suivent, à partir de trois phénomènes reliés aux D.S.C. : la création d'une spécialité médicale en santé communautaire; la

nature des relations entretenues par les D.S.C. avec leur environnement organisationnel ; le rôle des D.S.C. face à la santé et à la sécurité en milieu de travail.

a) *Les nouveaux « spécialistes en santé communautaire »*

L'un des milieux où il serait fascinant d'étudier plus à fond notre hypothèse est la profession médicale. En effet, même si la santé communautaire se veut, et à certains égards est effectivement, plus multidisciplinaire que les autres secteurs du système de santé, il n'en reste pas moins que les médecins y occupent toujours une place prépondérante, voire « dominante », pour reprendre l'expression consacrée par FREIDSON (1970) dans son célèbre ouvrage *Professional dominance*.

Étudier comment le groupe de médecins de santé publique est parvenu à évoluer, en une quinzaine d'années, du statut le plus bas dans la profession à la consécration de spécialiste ; regarder à travers quelles vicissitudes l'officialisation de cette nouvelle spécialité a dû passer, tant dans les milieux universitaires que dans les milieux professionnels, et quelles résistances farouches elle a rencontrées et rencontre encore auprès de l'*establishment* médical (ROBILLARD, 1980) ; analyser le rôle de l'Association des directeurs de D.S.C. et les relations qu'elle a entretenues avec les autres professionnels au sein des D.S.C. ou encore avec divers organismes tels le M.A.S. ou l'A.H.Q. ; comparer le volume d'énergie investi par les médecins de D.S.C. pour assurer leur survie et leur crédibilité face à leurs pairs à celui investi pour mieux connaître et comprendre les besoins et les problèmes de santé de leur population ; se pencher sur la façon dont les premières cohortes de médecins spécialistes en santé communautaire se voient offrir en exclusivité des postes qui pourraient tout aussi bien être remplis par d'autres personnes, à cause des constrictions budgétaires et de leur capacité à titre de médecins d'avoir accès à des budgets spéciaux de la R.A.M.Q. inaccessibles aux autres professionnels (ce qui risque à moyen terme de médicaliser radicalement le développement des D.S.C.) : voilà autant de recherches qui permettraient d'y voir plus clair sur les intérêts réels que défendent les médecins de D.S.C. face à leur profession, aux autres professions et à la population. Et ce qui se passe chez les médecins se passe aussi sans doute, quoique de façon différente, chez les infirmières, les dentistes, les nutritionnistes et les autres professionnels œuvrant au sein des D.S.C.

Il ne faut en effet pas perdre de vue que ceux qui ont choisi de faire carrière en santé communautaire, bien qu'ils soient généralement parmi les plus socialement conscients et les plus ouverts au changement au sein de leurs professions respectives, sont emprisonnés dans des contraintes très puissantes. Indépendamment du dévouement et de la bonne volonté, ces contraintes peuvent rendre difficile sinon impossible une action efficace auprès de la

population, vu la somme considérable d'énergie que ces professionnels doivent déployer pour conquérir et maintenir une légitimité qui est loin d'être établie de façon immuable.

b) *Les relations des D.S.C. avec les organismes communautaires*

En tant que départements ou directions d'un centre hospitalier inséré dans le réseau des affaires sociales, et de par leurs fonctions de planification et de coordination des services de santé — tant préventifs que curatifs ou de réadaptation — dispensés sur leur territoire, les D.S.C. entretiennent avec de multiples organismes des relations diverses. Bien qu'encore sommaire, l'analyse des rapports entre les D.S.C. et leurs autres partenaires du réseau des affaires sociales (M.A.S., C.R.S.S.S., C.S.S., C.L.S.C., C.A. et autres centres hospitaliers du territoire) a déjà été commencée dans le document déjà mentionné de l'A.H.P.Q. (1978) et dans un article de DUPERRÉ *et al.* (1980). Il en va de même des relations entre les D.S.C. et les centres hospitaliers où ils sont insérés : malgré une amélioration sensible en plusieurs endroits, ces relations demeurent si problématiques que des analystes (*id.* : 45) suggèrent que la seule façon pour les D.S.C. d'intervenir efficacement au sein des communautés est de sortir des hôpitaux !

C'est cependant les relations qu'entretiennent les D.S.C. avec les organismes communautaires que nous voulons approfondir quelque peu ici car c'est surtout là que l'on verra si, tel que suggéré plus haut, les D.S.C. ne sont que des châteaux-forts de professionnels ou s'ils peuvent vraiment se tourner vers la communauté pour répondre aux besoins que cette dernière identifie et mettre sur pied des interventions visant à susciter des rapports sociaux plus égalitaires.

En effet, même si le mot « communautaire » est partie constituante des expressions « santé communautaire » ou « département de santé communautaire », cela n'est en aucun cas le gage d'une compréhension du fonctionnement d'une communauté ni de contacts avec des mouvements ou des organismes issus de la communauté, si tant est que ce dernier concept désigne encore, avec l'éclatement de la famille et des réseaux de voisinage, une réalité sociologique quelconque. Si l'on prend pour acquis que des communautés existent encore, bien qu'elles soient différentes de ce qu'elles furent du temps de la société traditionnelle, il faut bien admettre que la façon actuelle de travailler en santé communautaire a tendance à les traiter davantage comme des unités géographiques pour la planification et la dispensation rationnelle de services que comme des regroupements d'individus, complexes, dynamiques et porteurs de projets. (O'NEILL, 1979.) LESEMANN (1979), comme plusieurs autres auteurs, a d'ailleurs fait ressortir on ne peut plus clairement comment, sous le couvert d'une idéologie « communautaire » faisant largement appel à la participation, on en est venu à remettre entre les mains des technocrates et des professionnels

le pouvoir que certains groupes issus de ces mêmes communautés avaient réussi à conquérir en prenant eux-mêmes en charge leurs services de santé...

Qu'en est-il des relations entre les D.S.C. et la communauté? Une première constatation, pour quiconque a fréquenté quelque peu ce milieu, s'impose : les D.S.C., ayant à offrir des services à des populations d'en moyenne deux cent mille personnes, ne peuvent évidemment pas avoir la même intensité de contacts communautaires qu'un C.L.S.C. qui dessert généralement autour de vingt mille personnes ; on entend donc fréquemment dire qu'au D.S.C. on fait affaire avec des organismes et des associations représentant la communauté plutôt qu'avec des individus. Mais de quels organismes et de quelles associations s'agit-il ?

Pour plusieurs D.S.C., il s'agit des groupements déjà bien institutionnalisés (commissions scolaires, clubs sociaux, conseils municipaux par exemple, ou même d'autres institutions du réseau des affaires sociales) avec lesquels il doit composer pour la réalisation de ses programmes. Là où des dilemmes se posent, c'est donc surtout lorsqu'un groupe de citoyens se lève et réclame au nom de la santé publique un appui technique, financier ou politique afin de mener à bien un projet. Les D.S.C. entendent-ils ces voix souvent moins institutionnalisées et parfois contestataires ? Sont-ils prêts à répondre aux besoins que ces groupes identifient eux-mêmes, sans le recours à la méthodologie plus ou moins sophistiquée d'analyse des besoins dont se réclament les D.S.C. ?

Seule une recherche systématique saurait nous le dire. On peut évoquer cependant deux exemples qui donnent à réfléchir et qui laissent entrevoir que, des divers organismes communautaires, les D.S.C. tendraient à privilégier les plus formels et souvent les plus conservateurs au détriment des plus informels et des plus contestataires. Ils adopteraient en cela la logique de la survie organisationnelle que tant d'agences gouvernementales se voient contraintes de suivre car, si l'on épouse des causes trop dérangeantes, on risque de se faire couper les fonds, tel que les C.L.S.C. s'en sont rendu compte quand, en 1976, l'organisation communautaire a été presque balayée de leurs organigrammes. (LESEMANN, 1981, chap. 5.)

Le premier de ces exemples est celui d'un D.S.C. qui a pris carrément position, au nom de la santé publique, en faveur d'un comité de citoyens s'opposant à l'établissement d'un site d'enfouissement sanitaire des ordures ménagères dans son quartier. Ce qui est particulièrement intéressant dans ce cas-ci c'est qu'il s'agissait presque d'une première québécoise, où le D.S.C. s'alliait à des citoyens contre le pouvoir municipal officiel. Cette première suscita un peu partout au Québec de houleux débats parmi les professionnels des D.S.C., à savoir s'il était légitime, dans le mandat confié aux départements de santé communautaire par le gouvernement du Québec, d'épouser de telles causes et de s'opposer, si la santé publique le requérait, à des institutions représentant la loi et l'ordre. Ces débats sont loin d'être tranchés mais l'on peut

provisoirement conclure que les D.S.C. se sont montrés très réticents à épouser la cause de groupes communautaires quelque peu contestataires jusqu'à maintenant.

Le second exemple a trait aux services à offrir à la population durant la période prénatale. Les D.S.C. se sont en effet vu confier, en 1975, par le Ministère des affaires sociales, la responsabilité de dispenser, ou de s'assurer que soient dispensés, des cours prénatals pour l'ensemble des couples attendant des enfants. Presque partout, on visait à travers ces cours à rejoindre davantage les femmes présentant des grossesses « à risque » — le concept de risque ayant été défini de façon variable selon les D.S.C. — de même qu'à altérer chez ces femmes des comportements, alimentaires ou autres, démontrés nuisibles à leur santé ou à celle de leur enfant en gestation. Or, les données d'évaluation disponibles jusqu'à ce jour, dont l'exemple le plus détaillé demeure probablement celui du projet conjoint des quatre D.S.C. de l'agglomération de Québec (CYR *et al.*, 1979), sont unanimes à montrer qu'on n'a pas rejoint les femmes « à risque » et qu'on ne parvient pas à changer de façon significative les habitudes de vie des personnes assistant aux cours. Qui plus est, à l'issue d'une série de onze colloques régionaux intitulés « accoucher ou se faire accoucher », organisés durant l'année 1980 à travers tout le Québec sous les auspices de l'Association pour la santé publique du Québec (A.S.P.Q.) et ayant donné lieu à un rapport synthèse où l'essentiel des propos des quelque dix mille femmes ayant participé est colligé, on se rend compte que « c'est un changement radical des cours prénatals qui est demandé un peu partout ». (DE KONINCK, 1981 : 7.) Une série de dix-sept recommandations est faite dans ce rapport (p. 10), dont plusieurs requerraient que les D.S.C. prennent carrément parti pour les femmes plutôt que pour les *establishments* hospitaliers. Jusqu'où les D.S.C. iront-ils dans cette direction? Seront-ils prêts à endosser et à promouvoir des recommandations qui aideraient, selon ces femmes du moins, à offrir des services plus appropriés et de meilleure qualité ou ignoreront-ils les voix de ces milliers de participantes qui, justement, proviennent de ces communautés qu'ils veulent tant servir? Ce sont là quelques-unes des questions que soulevait un éditorial du *Bulletin de l'A.S.P.Q.* (A.S.P.Q., 1981 : 2) quant aux lendemains des colloques, et seul l'avenir nous dira si les D.S.C. épouseront ces revendications. Toutefois, si l'on se fie à la manière dont, en règle générale, ils semblent réagir aux demandes communautaires quelque peu contestataires, on pourrait s'attendre à ce que les doléances de ces femmes restent lettre morte dans bien des cas.

Si l'on tente de conclure de façon provisoire sur ce que les relations qu'entretiennent les D.S.C. avec leur environnement organisationnel (qu'il soit constitué d'organismes du réseau des affaires sociales ou d'organismes communautaires plus ou moins contestataires) nous apprennent quant à leur capacité de solutionner des problèmes de santé, force nous est de conclure qu'ils sont à bien des égards dans une position ambiguë. Malgré leurs bonnes intentions, on sent très bien qu'ils sont souvent forcés d'épouser le point de vue des groupes ou

organismes dominants plutôt que celui de groupes contestataires de l'ordre établi (et ce, quelle que soit la validité du point de vue de ces derniers en termes de santé) s'ils veulent garder leur crédibilité et survivre dans un environnement qui ne leur est pas *a priori* très favorable.

c) *Les D.S.C. et la santé en milieu de travail*

Tel que le soulignait, dès 1976, Yannick VILLEDIEU dans son ouvrage *Demain la santé*, en ce qui concerne la santé des Québécois dans leur milieu de travail « les teintes du tableau varient du brun foncé au noir quasi parfait » (p. 67). Sans entrer dans les détails quant au nombre et aux types de maladies et d'accidents qui surviennent en milieu de travail, ce qui est fait de façon aussi exhaustive que possible vu les données disponibles dans le livre blanc que publia le gouvernement du Québec (1978) à ce propos, soulignons que les problèmes de santé et de sécurité au travail ont atteint des proportions épidémiques.

Afin de pallier cette situation alarmante à bien des égards, le gouvernement du Parti québécois, par l'intermédiaire de son Ministère d'État au développement social, alors sous la responsabilité de Pierre Marois, a introduit des réformes substantielles dans ce secteur par le fameux projet de loi 17. (L.Q., chap. 63, 1979.) Ces réformes, en plus d'instituer un nouveau maître d'œuvre dans la gestion des politiques de santé et sécurité au travail (la Commission pour la santé et sécurité au travail, mieux connue sous son sigle C.S.S.T.) et de redéfinir considérablement les rapports patrons-employés dans ces domaines, avec un préjugé davantage favorable aux travailleurs que par le passé, confient aux D.S.C. un rôle majeur dans la mise en opération des programmes de santé en milieu de travail.

Tel que le retrace fort pertinemment un article écrit par l'un des directeurs de D.S.C. qui, étant donné la nature fortement industrielle du territoire dont il est responsable, fut très tôt mêlé aux questions de santé en milieu de travail (LANDRY, 1981), on peut identifier trois périodes quant à l'implication des D.S.C. dans ce champ de pratique. Dans un premier temps, à partir de 1975, « certains accidents majeurs et des situations dangereuses [...] ont incité les autorités gouvernementales à demander à certains D.S.C. d'intervenir »; c'était, de poursuivre Landry, une période où l'on allait au plus pressé, sans approcher l'ensemble des problèmes d'un territoire donné, en réglant des situations d'extrême urgence où la mort d'ouvriers était parfois le signal qui forçait à agir. La seconde période vit chacun des trente-deux chefs de D.S.C. assermenté comme « médecin hygiéniste », ce qui, selon les stipulations d'une loi datant de 1964, les investissait de pouvoirs énormes, dont celui de fermer une entreprise qui mettrait en péril la santé de ses employés. Cette seconde étape marqua le début d'actions plus systématiques de la part des D.S.C. qui embauchèrent

alors du personnel en santé au travail mais, comme on sentait les bouleversements majeurs qui se préparaient avec le livre blanc et ensuite le projet de loi 17, cette seconde étape fut caractérisée par un certain attentisme de la part d'un bon groupe de D.S.C. La troisième étape, selon Landry toujours, fait suite à l'adoption de la loi 17 où le D.S.C., par l'article 127, se voit confier quatre tâches : conseiller les comités paritaires patrons-employés qui sont chargés, dans les entreprises, de voir à la santé et à la sécurité des employés ; exercer des fonctions de surveillance médicale et environnementale de l'entreprise ; former le personnel ayant à dispenser des services ; informer les milieux de travail sur la salubrité de leur environnement et sur les connaissances générales qui pourraient leur être utiles. (LANDRY, 1981 : 692-693.)

En pratique, le D.S.C. devient donc l'intermédiaire premier entre la C.S.S.T. et les comités paritaires de chaque entreprise ; cela entraîne en particulier le fait que tout médecin d'entreprise, autrefois choisi et payé par le patron avec les problèmes évidents qu'une telle façon de procéder soulevait, doit être maintenant choisi par le comité paritaire, agréé par le conseil des médecins et dentistes du C.H.-D.S.C. et intégré au service de médecine du travail du D.S.C. qui, sous la supervision d'un médecin, sera responsable des divers programmes de surveillance médicale des employés. On peut donc constater un net déplacement du rapport de force où ce sera maintenant le D.S.C., et non plus l'employeur ou le syndicat, qui devra se pencher sur la qualité de la pratique et la compétence professionnelle des médecins du travail. Et ce n'est là qu'un des aspects les plus délicats du rôle fort complexe des D.S.C. dans le secteur de la santé et sécurité au travail, rôle qui est encore très flou et rempli d'incertitudes.

Selon DAB et WHITE-GUAY (1981), il y a en effet trois limites importantes à la capacité des D.S.C. d'intervenir de façon efficace en santé au travail. La première est leur faible légitimité dans le monde des affaires sociales, ce qui colore fortement leur capacité à se tailler une place solide dans un secteur aussi fortement politisé que celui en question. La seconde a trait à la définition des problèmes de santé où, bien que l'esprit de la loi 17 vise à éliminer les dangers à la source, il y a fort à parier que, vu les ressources actuellement disponibles dans les D.S.C., on ait tendance à identifier les problèmes en termes physiques, chimiques ou ergonomiques et à oublier une approche plus globale des situations où des éléments tels que l'organisation du travail seraient considérés. En troisième lieu, il semble que les D.S.C., pris qu'ils sont dans leurs négociations avec la C.S.S.T. et les C.L.S.C., n'ont pas encore trouvé le temps de se doter d'une stratégie d'intervention et de faire un choix entre le « langage médical », le « langage de l'expert scientifique » ou le « langage communautaire » d'animation et de présence active dans les milieux de travail. (*Id.* : 374-376.)

Qui plus est, au-delà de ces incertitudes se pose la question fondamentale que soulevait récemment le coordonnateur du programme de santé au travail

dans un D.S.C. (KING, 1981) : peut-on être neutre en santé au travail et servir à la fois les intérêts des patrons et ceux des employés? Ou, autrement dit, les D.S.C. peuvent-ils, ou même doivent-ils, prendre carrément position pour ceux dont la santé est menacée, c'est-à-dire les ouvriers? Certains professionnels œuvrant dans d'autres institutions croient que toute neutralité est impossible dans ce secteur et se sont donné carrément pour mandat de mettre la science au service des travailleurs; ils font donc des recherches en santé au travail en collaboration étroite avec les milieux syndicaux. (MERGLER et DESNOYERS, 1981.) Si l'on se fie aux analyses de Dab et White-Guay, de même qu'aux commentaires de King, il semble difficile de croire qu'à court terme du moins, et en tenant compte de l'introduction massive de médecins en santé au travail au sein des D.S.C., ce qui risque d'infléchir dans une direction fortement biologisante l'ensemble des interventions, ces organismes épouseront avec le même enthousiasme que Mergler et Desnoyers la cause des travailleurs! Face à ces enjeux majeurs, le D.S.C. sera-t-il utile à la santé de la population des travailleurs? Visera-t-il d'abord à ménager toutes les parties en tirant son épingle du jeu et en évitant que sa légitimité et son existence soient remises en cause?

d) *L'avis des experts*

Un dernier point visant à montrer la validité de l'hypothèse soumise plus haut concerne le jugement d'une dizaine d'experts sur le réseau des D.S.C. Il s'agit de voir si ces personnes, qui ont participé à la naissance ou ont suivi de près l'évolution de ces organismes, identifient eux aussi un certain nombre de limites aux possibilités d'interventions des D.S.C. ou si, au contraire, elles ont l'impression que ces derniers peuvent développer n'importe quel genre d'activités. Œuvrant au M.A.S., en milieu universitaire ou dans le réseau des D.S.C., ce groupe de personnes constitue donc une sorte de panel d'experts dont l'opinion complète avantageusement la discussion précédente.¹

Ces informateurs clés s'entendent à peu près tous pour dire qu'en comparaison avec les activités des anciennes structures de santé publique, il y a eu depuis l'avènement des D.S.C. une « modernisation » des programmes pour tenir compte des connaissances scientifiques récentes et pour les reformuler en termes de « programmation par objectifs »; on souligne de plus qu'en certains endroits une collaboration intéressante s'est établie avec divers départements hospitaliers à vocation curative, d'où des projets communs sont sortis, et que, dans quelques autres D.S.C., des liens étroits se sont développés avec des

1. Ces entrevues individuelles ont été conduites par l'auteur dans le cadre de sa recherche doctorale.

organismes communautaires. Malgré ces quelques points fort positifs, il se dégage cependant de leurs opinions que, dans leur ensemble, les D.S.C. sont une nouvelle étiquette plus moderne pour désigner des anciens programmes d'unités sanitaires somme toute fort peu modifiés et dont l'utilité réelle est encore peu évaluée. Qui plus est, à cause de la somme considérable d'énergie consacrée à des programmes de suppléance des C.L.S.C., ces organismes n'ont en général pas commencé à jouer leur véritable rôle, c'est-à-dire à analyser de façon systématique l'état de santé de leur population et à coordonner les ressources de leur territoire afin qu'elles soient déployées de la façon la plus appropriée possible. Mais, soulignent plusieurs de ces experts, c'est un réseau qui est encore jeune et qui, malgré sa fondation officielle en 1973, n'a effectivement commencé à être fonctionnel que vers 1977 ou 1978.

L'avis des experts semble donc aller dans le même sens que les phénomènes évoqués plus haut et corrobore l'hypothèse selon laquelle les D.S.C. ont difficilement pu avoir une action efficace sur la santé des Québécois à cause de contraintes structurelles énormes pesant sur eux. Cela nous permet-il de présager quelque chose pour le futur de ces organismes ?

*
* *
*

Selon toute probabilité, les D.S.C. continueront encore pour plusieurs années à être rattachés à des hôpitaux ; en effet, c'est ce que souhaitait l'A.H.Q. en conclusion au rapport GRAM (A.H.P.Q., 1978) et c'est ce que confirmait en décembre 1979 le ministre Lazure. (LAZURE, 1979.) Depuis lors, malgré le remplacement de ce dernier par le ministre Johnson et bien que plusieurs personnes même dans les D.S.C. aient souhaité, tel que le suggéraient DUPERRÉ *et al.* (1980), que les D.S.C. puissent avoir les coudées plus franches en n'ayant pas à faire partie d'un hôpital, il n'y a pas eu de modification législative quant au lieu d'insertion du D.S.C.

Cependant, à la suite entre autres de représentations faites auprès du M.A.S. par certains D.S.C. de régions périphériques où il n'y a qu'un seul D.S.C. pour l'ensemble de la région socio-sanitaire, l'idée de l'abolition pure et simple des départements de santé communautaire s'est progressivement gagné de nombreux adeptes. En effet, soutiennent plusieurs personnes tant au M.A.S. que dans certains D.S.C., certains C.R.S.S.S. et certains milieux universitaires, à mesure que les C.L.S.C., dont le réseau se complète lentement mais sûrement, héritent de l'exécution des programmes préventifs et que les C.R.S.S.S. se voient de plus en plus confier des mandats clairs de coordination des services et d'analyse des besoins de santé de la population par le M.A.S., les D.S.C. voient gruger par le haut (vers le niveau régional du C.R.S.S.S.) et par le bas (vers le niveau local du C.L.S.C.) une portion importante des fonctions qui leur étaient dévolues. Selon les partisans de la disparition pure et simple des D.S.C., ces

organismes auraient été une modalité utile et temporaire pour intégrer au nouveau système de santé les activités des anciennes structures de santé publique ; cette intégration étant maintenant en bonne voie, il ne resterait plus aucune raison de les maintenir !

Malgré la prévalence relativement fréquente de cette façon de voir, il ne semble pas qu'elle se matérialise, à court terme du moins. Plusieurs raisons semblent en effet orienter la volonté politique du M.A.S. vers le *statu quo* : la relative jeunesse du réseau des D.S.C. qui n'aurait pas encore eu le temps de se consacrer à développer son vrai rôle ; le cauchemar administratif de la dissolution et de l'intégration à encore d'autres structures de D.S.C. qui achèvent à peine, dix ans après, de régler les problèmes d'intégration des unités sanitaires et des services municipaux de santé surgis afin de maintenir les droits acquis des employés et d'ajuster les stipulations de diverses conventions collectives ; la crainte que, dans un éventuel écartèlement entre C.R.S.S.S. et C.L.S.C., un certain nombre de fonctions actuellement dévolues aux D.S.C. ne soient reprises par personne. Bien que la disparition des D.S.C. à moyen terme ne soit pas à éliminer nécessairement et bien que, comme tout autre service public œuvrant en éducation ou en santé par les temps qui courent, ces trente-deux départements soient toujours à la merci d'une saute d'humeur politique ou de coupures budgétaires qui frappent parfois où l'on s'y attend le moins, il apparaît néanmoins très vraisemblable que ce soit encore au sein des trente-deux mêmes hôpitaux désignés que les D.S.C. œuvreront pour les prochaines années.

Cela étant dit, quel genre d'orientation les départements de santé communautaire risquent-ils le plus de donner à leurs activités futures ? Renforceront-ils la tendance, qui semble déjà amorcée, d'une technocratisation de plus en plus forte de leurs activités ou pourront-ils, à l'intérieur du cadre hospitalier où ils évolueront probablement encore, développer une approche plus communautaire des problèmes de santé qui permettrait d'avoir une influence plus positive sur la santé de la population ? Une brève excursion du côté de la théorie sociologique nous aidera, en conclusion, à répondre à ces questions.

Il semble en effet que l'on puisse identifier au moins deux paradigmes théoriques majeurs permettant de cerner l'évolution future des services publics dans les sociétés post-industrielles de type capitaliste. Le premier, qu'on pourrait qualifier de « structuraliste pessimiste » (O'NEILL, 1981b : 190) se situe dans la veine des travaux de Helfgot évoqués plus haut (HELFGOT, 1981) et a servi de fondement à l'hypothèse développée ci-dessus. S'inspirant entre autres des analyses structuro-marxistes européennes, ce courant de pensée nous amènerait à croire que plus la crise du capitalisme évolue, avec son cortège de mesures néo-conservatrices et de constrictions des budgets gouvernementaux, plus les professionnels œuvrant dans des services publics constamment menacés deviennent craintifs de perdre leur emploi et moins ils sont portés à développer

des activités visant à réduire ou éliminer les rapports de domination au sein de la société ou, formulé autrement, visant à améliorer l'état de santé de la population. Selon ce courant théorique, le futur apparaîtrait donc de plus en plus sombre et la possibilité de structurer des services permettant d'améliorer l'état de santé serait quasiment nulle au cours des prochaines années, ce qui ferait apparaître comme très probable un renforcement technocratique des D.S.C.

Le second paradigme théorique, qu'on pourrait qualifier d'« alternatif » (O'NEILL, 1981b : 193), trouve principalement son fondement dans les ouvrages récents d'Alain Touraine et propose une vision plus dialectique des choses. En effet, la crise et la résurgence du conservatisme amèneraient certains professionnels des services publics, de plus en plus prolétarisés et déçus de leur travail, à développer des alliances avec des mouvements sociaux anti-technocratiques (mouvements écologistes, mouvements féministes, mouvements d'auto-santé, etc.), alliances qui permettraient à toutes sortes de pratiques propices à diminuer les rapports de domination d'émerger. Ce paradigme ne nie pas le poids énorme des structures mais conçoit le fonctionnement de la société post-industrielle davantage comme un terrain de luttes jamais achevées que comme un lieu où le rouleau compresseur du capitalisme monopoliste d'État vient figer à tout jamais les rapports sociaux. Il existe quelques exemples concrets en C.L.S.C. et D.S.C. de ces alliances entre professionnels de la santé communautaire et mouvements anti-technocratiques (O'NEILL, 1981b : 17-21) ; cela nous pousse donc à croire que, bien que cette éventualité semble moins probable que le renforcement de la technocratisation, il n'en reste pas moins loisible d'envisager une orientation plus communautaire d'une partie des pratiques des D.S.C., orientation davantage propice à diminuer les rapports de domination et, par ricochet, à améliorer l'état de santé de la population. L'avenir nous dira laquelle de ces deux avenues théoriques était la plus exacte !

Michel O'NEILL

*École des sciences infirmières,
Université Laval.*

BIBLIOGRAPHIE

a) Références *

- Anonyme, « L'évolution du Québec dans le domaine de la santé publique », dans : *Annuaire du Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1968 : 352-356.
- A.S.P.Q., « Quelques interrogations soulevées par les colloques régionaux », *Bulletin de l'A.S.P.Q.*, IV, 5, 1981 : 1-2.
- BENSAÏD, Norbert, *La lumière médicale : les illusions de la prévention*, Paris, Seuil, 1981.
- BOZZINI, Luciano, « L'expertise et la hiérarchie sanitaire en question », dans : L. BOZZINI *et al.* (éds), *Médecine et société, les années 80?*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981 : 389-425.
- COCHRANE, Archibald, *Effectiveness and Efficiency*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- CONILL, Eléonor et Michel O'NEILL, « Santé communautaire et contrôle social », *Perceptions*, V, 5, 1982 : 59-61.
- DE KONINCK, Maria, « Rapport synthèse et réflexion critique sur les onze colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité », *Bulletin de l'A.S.P.Q.*, V, 1, 1981 : 5-16.
- DUMAS, Albert, « La médecine et mon temps », *Recherches sociographiques*, XVI, 1, 1975 : 21-43.
- FREIDSON, Elliot, *Professional Dominance; The Social Structure of Medical Care*, Chicago, Aldine, 1970, 242p.
- GAUCHER, Dominique, « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive », *Recherches sociographiques*, XX, 1, 1979 : 59-87.
- GILBERT, Jules, « The integration of research, service and teaching in public health work », *Canadian Journal of Public Health*, 45, 1954 : 323-328.
- GILBERT, Jules, « Modalités de l'enseignement de l'hygiène aux étudiants en médecine », *L'Union médicale du Canada*, 87, 1958 : 321-326.
- GILBERT, Jules, « Visions et cauchemars d'un hygiéniste », *Canadian Journal of Public Health*, 50, 1959 : 360-367.
- GILBERT, Jules, « Grandeur and Decadence of Health Education », *Canadian Journal of Public Health*, 58, 1967 : 355-358.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Santé et sécurité au travail; politique québécoise de la santé et sécurité des travailleurs*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, 289p.
- HELFGOT, Joseph, *Professional Reforming : Mobilization for Youth and the Failure of Social Sciences*, D.C. Heath, Lexington Books, 1981.
- ILLICH, Ivan, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975, 215p.
- LESEMANN, Frédéric, « De la communauté locale à la communauté multinationale : l'État des monopoles et ses politiques "communautaires" dans la gestion de la santé et des services sociaux », *International Review of Community Development*, 39-40, 1978 : 49-99.
- LESEMANN, Frédéric, « La prise en charge communautaire de la santé », *Revue internationale d'action communautaire*, 1/41, 1979 : 5-15.

* Ouvrages cités, à l'exclusion des titres portant sur les D.S.C.

- LESEMANN, Frédéric, *Du pain et des services : la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, 232p.
- McKEWON, Thomas, *The Role of Medicine : Dream, Mirage of Nemesis*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976, 180p.
- McKINLAY, John et Sonja McKINLAY, « The questionable effect of medical measures on the decline of mortality in the U.S.A. in the 20th century », *Health and Society*, LIII, 3, 1977 : 405-428.
- MERGLER, Donna et Luc DESNOYERS, « Milieu de travail et santé : éléments d'analyse de la situation québécoise », dans : BOZZINI *et al.* (éds), *Médecine et société, les années 1980?*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981 : 235-247.
- Mouvement du 23 janvier, *Menaces contre la santé communautaire*, Montréal, (C.P. 488, succ. Outremont, H2Y 4N4), 1981a, 8p.
- Mouvement du 23 janvier, *Accoucher sans contraintes*, Montréal, (C.P. 488, succ. Outremont, H2Y 4N4), 1981b, 4p.
- O'NEILL, Michel, « A case to organize the practice of Community health around communities : the implications of a theory of the community for the province of Québec », Boston, Département de sociologie, Université de Boston, 1979, 31p. (non publié).
- O'NEILL, Michel, *Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec*, Montréal, Librairie de l'Université de Montréal, 1980, 121p.
- PIVEN, Frances Fox et Richard CLOWARD, *Regulating the Poor: the Functions of Public Welfare*, New York, Vintage paperbacks, 1971, 389p.
- POWLES, John, « On the limitations of modern medicine », *Science, Medicine and Man*, I, 1, 1973 : 1-30.
- RENAUD, Marc, *The Political Economy of the Quebec State Interventions in Health : Reform or Revolution?*, thèse de doctorat non publiée, Madison, Université du Wisconsin, 1976.
- RENAUD, Marc, « Réforme ou illusion ? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé », *Sociologie et sociétés*, IX, 1, 1977 : 127-152.
- RENAUD, Marc, « New middle class in search of social hegemony; causes and political consequences », *International Review of Community Development*, 39-40, 1978 : 1-36.
- RENAUD, Marc, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique », dans : BOZZINI *et al.* (éds), *Médecine et société, les années 1980?*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981a : 513-549.
- RIVARD, J.Y. *et al.*, *L'évolution des modes de distribution des soins au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970. (Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, annexe 2.)
- SIMARD, Jean-Jacques, *La longue marche des technocrates*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1979, 200p.

b) *Repères bibliographiques sur les D.S.C.**

- Anonyme, « Nouvelles : sur les D.S.C. », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, XIX, 6, 1975 : 54-60.
- Anonyme, « Les départements de santé communautaire », *Le Médecin du Québec*, VIII, 8, 1973 : 48-49.

* Cette bibliographie comprend tous les articles publiés sur les D.S.C. en général, en plus de quelques articles portant sur une ou l'autre des activités spécifiques des D.S.C. (la santé au travail par exemple) ou encore traitant en passant des D.S.C. parmi d'autres institutions du système de

- A.H.P.Q., *Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec*, Montréal, Association des hôpitaux de la province de Québec, 1978, 148p. + ann. (30p.).
- ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Les cahiers de la santé communautaire*, I à IV, 1978-1982. (Ces cahiers, à diffusion limitée, colligent les communications présentées aux congrès annuels de l'A.S.P.Q. depuis le congrès de 1977.)
- BOUCHARD, Francine, « La prévention, un visage à deux faces », *65 à l'heure*, II, 9, 1975: 6-8.
- BOUCHARD, Francine, « Le D.S.C. de Hull: un leader », *65 à l'heure*, II, 4, 1974: 21-23.
- BROUILLETTE, Donald, « Comment vont les D.S.C. », *65 à l'heure*, III, 3, 1975: 14.
- BRUNET, Jacques, « Mise en œuvre des changements dans les services de santé au Québec », *L'Union médicale du Canada*, CII, 1, 1973: 45-50.
- CANONE, François, « L'hôpital psychiatrique et la nouvelle politique de santé communautaire », *Le Médecin du Québec*, X, 4, 1975: 29-35.
- CARIGNAN, Raymond, « Les objectifs d'un département de santé communautaire », *Le Médecin du Québec*, I, 8, 1976: 38-43.
- CYR, Lise *et al.*, *Programme de périnatalité, région de Québec: évaluation 1976-1977*, Québec, D.S.C. du CHUL, de l'Enfant-Jésus, de Saint-Sacrement et de l'Hôtel-Dieu de Lévis, 1979, 257p.
- CYR, Lise, « Le cours prénatal: un agent d'éducation », *Le Médecin du Québec*, XIV, 6, 1979: 86-93.
- DAB, William et Brian WHITE-GUAY, « Les D.S.C. et la loi sur la santé et la sécurité au travail », *L'Union médicale du Canada*, CX, 4, 1981: 373-376.
- DEMERS-LANGEVIN, Nicole, « L'alimentation des travailleurs, un souci de santé communautaire », *Administration hospitalière et sociale*, XXV, 5, 1979: 13-18.
- DESROSIERS, Georges, « Les Départements de santé communautaire: une expérience québécoise », *Canadian Journal of Public Health*, 67, 1976: 109-113.
- DUPERRÉ, Yvan *et al.*, « Le D.S.C. et son environnement », *Le Médecin du Québec*, XV, 8, 1980: 29-45.
- DUPLESSIS, Pierre, « Réflexions sur les D.S.C. dix ans après la réforme », *Administration hospitalière et sociale*, novembre-décembre 1981: 30-35.
- DUPLESSIS, Pierre, « Réflexions sur les D.S.C. dix ans après la réforme » (suite), *Administration hospitalière et sociale*, janvier-février 1982: 38-44.
- ÉMOND, Aline, *Rapport des C.H.-D.S.C., 1980-1981: Résumé-synthèse de l'information sur les programmes*, rapport interne de la Direction de la santé communautaire et des services aux autochtones, M.A.S., 1981, 27p.
- ÉMOND, Aline et Francine OUELLET, « La santé communautaire et les démographes », *Cahiers québécois de démographie*, VI, 1, 1977: 81-96.
- FORTIN, Jean-Paul, « Le département de santé communautaire », *La vie médicale au Canada français*, VIII, 1, 1979: 37-38.

santé. Il existe de plus quelques centaines de documents non publiés produits soit par les D.S.C. eux-mêmes, soit par certains regroupements de professionnels de D.S.C. (directeurs, nutritionnistes, conseillers en recherche, coordonnatrices des programmes, etc.), soit par différents comités régionaux ou provinciaux inter-professionnels (sur la recherche, les rapports entre D.S.C. et C.L.S.C., etc.), soit par l'A.H.Q. ou le M.A.S. Seuls quelques-uns des documents les plus significatifs pour l'ensemble des D.S.C. sont retenus ici. Aucune bibliographie détaillée n'ayant été colligée sur les D.S.C., la présente compilation se veut un premier effort en ce sens et l'auteur apprécierait qu'on lui souligne tout oubli majeur.

- GARON, Gaétan, « Le D.S.C. peut-il compter sur l'hôpital? », *Administration hospitalière et sociale*, XXII, 3, 1976: 15-18.
- GARON, Gaétan, « Le département de santé communautaire des centres hospitaliers (C.H.-D.S.C.): son territoire et sa responsabilité », *L'Union médicale du Canada*, 108, 1979: 1095-1106.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations générales en santé communautaire*, Québec, Ministère des affaires sociales, 1973, 101p.
- KING, Norman, « The struggle for health in the political struggle », communication présentée à l'International Colloquium on health and industrialization, Mexico, 1981, 8p.
- LACASSE, Yves, « Une nouvelle entité hospitalo-universitaire : le service de santé occupationnelle du D.S.C. », *Le Médecin du Québec*, XV, 6, 1980: 108-114.
- LANDRY, Paul, « Le cadre institutionnel de la pratique de la médecine du travail au Québec », *L'Union médicale du Canada*, CX, 8, 1981: 691-695.
- LAPORTE, Isabelle *et al.*, « Nouvelles tendances en santé maternelle et infantile », *L'Union médicale du Canada*, CVIII, 1979: 1399-1401.
- LAZURE, Denis, « Lettre de réaction au rapport Gram », *Bulletin de l'A.S.P.Q.*, IV, 2, 1980: 4-8.
- LÉTOURNEAU, Andrée, « Les 31 centres de santé communautaire », *65 à l'heure*, I, 1, 1972: 28.
- LÉTOURNEAU, Andrée, « Le département de santé communautaire : un lien entre deux solitudes », *65 à l'heure*, II, 4, 1974: 17-20.
- MCDONALD, Corbett *et al.*, *Comité d'étude sur la prévention sanitaire*, Québec, Ministère des affaires sociales, 1971, 33p.
- MARSAN, Richard G., « Point de vue d'un chef de D.S.C. : le D.S.C. actif ou passif hospitalier? », *Administration hospitalière et sociale*, XXII, 3, 1976: 411.
- MERCIER, Jean, « La santé au travail et le Nouveau-Québec », *Carrefour des affaires sociales*, I, 1, 1978: 5-6.
- NADEAU, Michel, « La médecine communautaire », *Revue d'histoire et de traditions populaires de la Gaspésie*, XIV, 54-55, 1976: 281-283.
- O'NEILL, Michel, « Un point de vue sur l'évolution future des D.S.C. », *Le Médecin du Québec*, XVI, 1, 1981a: 108-119.
- O'NEILL, Michel, « L'intervention sociologique en milieu public et para-public : application d'une problématique alternative au cas de la santé communautaire québécoise », dans: ACSALF (éd.), *L'intervention sociale*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981b, 185-205.
- PINEAULT, Raynald, « Les établissements de santé dans le contexte de la santé communautaire », *Administration hospitalière et sociale*, XXII, 3, 1976: 11-13.
- PINEAULT, Raynald, « Les médecins et la santé communautaire », *Le Médecin du Québec*, XIV, 9, 1979: 85-91.
- PRESSAT, R. et C. LABERGE-NADEAU, « L'organisation des services de santé communautaire au Québec », *Le concours médical*, mai 1977: 3531-3540.
- ROBERGE, Raymond, « Évaluation d'un programme de périnatalité », *Carrefour des affaires sociales*, I, 2, 1979: 10-12.
- ROBILLARD, Denise, « Santé communautaire : Le Québec est à l'avant-garde en Amérique du Nord », *Canadian Medical Association Journal*, 123, 1980: 546-549.
- ROCHON, Jean, « Le rôle de l'hôpital dans un système de santé », *L'Union médicale du Canada*, CII, 1973: 611-615.

- ROCHON, Jean, « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux », dans : *Annuaire du Québec 1976*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1977 : 470-478.
- TURCOTTE, Fernand, « L'expérience du Québec : un système de services socio-sanitaires intégrés, gradués et organisés sur une base régionale », *La vie médicale au Canada français*, 6, 1977 : 1195-1206.
- VÉZINA, Michel, « Les départements de santé communautaire et la santé au travail », *Le Médecin du Québec*, XII, 2, 1977 : 113-117.
- VILLEDIEU, Yannick, *Demain la santé*, Sillery, Les dossiers de Québec science, 1976, 210p. (en particulier chap. 6 et 7).
- VILLEDIEU, Yannick, « Les petits pas », *Québec science*, XIX, 2, 1980 : 44-49.