

Bulletin d'histoire politique

La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique et négociations fédérales-provinciales sur le partage des compétences en matière de santé, 1966-1972

Louis LeBel

L'Expo 67, 40 ans plus tard
Volume 17, Number 1, Fall 2008

URI: id.erudit.org/iderudit/1056060ar
<https://doi.org/10.7202/1056060ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association québécoise d'histoire politique et VLB éditeur

ISSN 1201-0421 (print)
1929-7653 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

LeBel, L. (2008). La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique et négociations fédérales-provinciales sur le partage des compétences en matière de santé, 1966-1972. *Bulletin d'histoire politique*, 17(1), 1-21. <https://doi.org/10.7202/1056060ar>

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online. [<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>]



This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research. www.erudit.org

La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique et négociations fédérales-provinciales sur le partage des compétences en matière de santé, 1966-1972

LOUIS LEBEL

*Département d'histoire et CÉLAT
Université Laval*

Des années 1940 à 1970, et dans le processus menant aux modèles québécois et canadien d'État providence, les gouvernements fédéral et provinciaux mettent graduellement en place des programmes et des législations élargissant de beaucoup les champs d'intervention de l'État, principalement dans les domaines de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de l'économie. On passe ainsi graduellement d'un ensemble de services gérés et offerts majoritairement par la société civile, et surtout par le clergé, à une graduelle prise en charge par l'État du financement et de la gestion des services sociaux et de santé.

Or depuis 1867 la loi constitutionnelle canadienne prévoit un partage des compétences entre les états provinciaux et fédéral au Canada. La santé et les services sociaux sont des domaines relevant des compétences provinciales, quoique le gouvernement fédéral peut s'immiscer à l'occasion dans celles-ci. Cette disposition est possible en vertu d'une clause lui permettant de le faire dans les domaines de compétence provinciale en vue de la paix, de l'ordre public et de la bonne administration¹. Dès 1919, le fédéral prend l'initiative dans le domaine socio-sanitaire avec la mise sur pied d'un ministère de la Santé canadien. Poussé par les économistes formés selon les théories de J. M. Keynes prônant une intervention de l'État dans l'économie, l'État fédéral s'applique à faire des enquêtes par l'établissement de Comités consultatifs ou de commissions d'enquêtes. Celles-ci visent à établir des mesures

pour éviter les problèmes encourus à la suite de la Première Guerre mondiale, tels la crise économique des années 1930². Plusieurs commissions proposent l'adoption de divers programmes d'assistance sociale afin de garantir aux Canadiens la satisfaction de leurs besoins essentiels. C'est le cas de la Commission Rowell-Sirois (1940) portant sur les relations fédérales-provinciales, du Rapport Heagerty sur l'assurance-santé (1942) et du Rapport Marsh sur la sécurité sociale (1943). En 1957, le gouvernement fédéral mit sur pied une assurance-hospitalisation, puis en 1961 créa la Commission Hall sur les services de santé, laquelle proposa en 1964 une assurance-maladie nationale, empiétant sur des domaines relevant des compétences provinciales.

C'est dans ce cadre qu'en 1966 le gouvernement québécois de Daniel Johnson met sur pied une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, aussi appelée la Commission Castonguay-Nepveu (CCN). Partant de la constatation que l'Église et la société civile ne peuvent plus assurer à la population des conditions de vie jugées satisfaisantes, l'État semble le seul à être en mesure d'assurer l'amélioration des services offerts à la population³. De plus, devant l'échec des régimes privés d'assurance-maladie à permettre un financement adéquat du système hospitalier et d'universaliser l'accès aux soins, la volonté de mise en place d'un régime universel géré par l'État refait surface⁴. C'est dans cette optique qu'est mise sur pied la CCN, laquelle avait pour objectifs généraux de faire la lumière sur la situation des services socio-sanitaires et de proposer des recommandations visant leur réforme. Celle-ci doit permettre au gouvernement provincial d'acquérir à la fois le savoir et le leadership dans des champs relevant des compétences provinciales et où le fédéral tentait à plusieurs reprises d'intervenir⁵.

Ce contexte légitime le questionnement sur le rôle de l'expertise et de la pensée scientifique lors de l'élaboration de la CCN. Dans le cadre de la Commission Castonguay-Nepveu, de quelle manière la pensée scientifique permet-elle aux responsables provinciaux québécois d'identifier et de résoudre les problèmes concernant l'assurance-maladie et la santé et de réaffirmer leur autorité légitime contre les initiatives des responsables fédéraux dans ces champs de compétences? Tout d'abord, un cadre conceptuel permettra de situer de quelle manière les agents de l'État ont recours à l'expertise et à la pensée scientifique dans le cadre d'un processus décisionnel politique. Ensuite, une vue d'ensemble du rapport sera effectuée afin de mieux comprendre son organisation, les observations préliminaires et objectifs généraux de la Commission. Puis seront analysées les quatre dimensions principales des thèmes de l'assurance-maladie et de la santé, soit l'état de la situation (diagnostic), l'évaluation des risques (pronostic), les recommandations (thérapie) et les usages réels du rapport. Le choix des thèmes de la santé et de

l'assurance-maladie est justifié par une compétition entre les différents paliers gouvernementaux pour acquérir compétences et leadership dans ces domaines, de même que par la tenue en 1970 d'une conférence fédérale-provinciale sur la santé. Enfin, il sera possible de dégager que par l'établissement d'un diagnostic, d'un pronostic et d'une thérapie, la pensée scientifique permet aux responsables provinciaux québécois de réaffirmer leur autorité en matière de compétences dans les domaines de l'assurance-maladie et de la santé et de fournir un argumentaire contre ce qu'ils considèrent comme un empiètement de l'État fédéral.

Plusieurs sources seront donc analysées afin de documenter le présent sujet. Tout d'abord, le rapport même de la Commission sera utilisé pour des raisons évidentes. De plus, les articles de divers journaux tels *La Presse*, *Le Devoir* et *Le Soleil* pour les périodes de la création et du dépôt du rapport par les commissaires seront consultés, afin de bien comprendre la chronologie des événements caractérisant cette compétition entre les gouvernements fédéral et provincial.

L'histoire de la sécurité sociale au Québec et au Canada a été étudiée par plusieurs historiens. Par exemple, le cas des allocations familiales et des obligations scolaires fut traité par Dominique Marshall⁶. En outre, l'ouvrage de Yves Vaillancourt⁷ nous renseigne sur l'évolution des politiques sociales au Québec. François Guérard⁸ traite de l'histoire des politiques de la santé au Québec et E.-Martin Meunier et Jean-Philippe Warren⁹ offrent une interprétation « personnaliste » à la Révolution tranquille et à l'établissement de l'État-providence au Québec. De plus, Marc Renaud a fait paraître un article très éclairant à propos de la place des experts dans les réformes de la santé, principalement en ce qui concerne leur rôle dans les mutations des structures de pouvoir décisionnel¹⁰. Cependant, aucune étude ne concerne spécifiquement le recours à la pensée scientifique dans le cadre de négociations fédérales-provinciales portant sur la santé.

LE RECOURS À L'EXPERTISE DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL ÉTATIQUE : CADRE CONCEPTUEL

COMMENT ÉTABLIT-ON UN DIAGNOSTIC POLITIQUE ?

Dans le cadre d'un processus décisionnel, le recours à l'expertise et à la pensée scientifique apparut au rythme de l'élargissement des domaines d'intervention de l'État et de la professionnalisation de la fonction publique. M. Foucault présente ce phénomène comme relatif à l'émergence du problème de la *population* et à l'isolement de l'économie comme réalité plutôt

que comme manière de gouverner¹¹. Ainsi les statistiques et l'acquisition de connaissances concernant la population sur laquelle s'exerce le pouvoir deviennent le facteur technique principal du développement de l'appareil étatique. L'importance politique nouvelle accordée à l'expertise et au savoir offre aux gouvernements les moyens d'acquérir des connaissances permettant de légitimer leurs actions.

La démarche scientifique requiert d'abord de recueillir des connaissances sur le problème ciblé, c'est-à-dire d'établir un diagnostic. Pour ce faire, les États se fondent sur la crédibilité des experts et des scientifiques afin de dresser un portrait de la situation, comme c'est le cas pour la CCN. Ainsi, ils utilisent de nombreux moyens empruntés à la pensée scientifique tels les recensements, les statistiques, les recherches et les études afin d'acquérir des connaissances permettant ensuite l'action. Celles-ci contribuent au développement de nouveaux champs de gouvernance qu'ils définissent comme problèmes d'importance nationale en multipliant le savoir sur ces nouveaux objets¹². De plus, l'effet de réel que produisent les statistiques et données recueillies peut amplifier la réalité du problème et offre aux responsables étatiques la possibilité d'émouvoir le public et de justifier les mesures et actions entreprises afin de connaître et régler un problème politique¹³.

COMMENT ÉLABORER UN PRONOSTIC ET GÉRER LE RISQUE ?

L'utilisation de la pensée scientifique dans un processus décisionnel requiert d'établir un pronostic, c'est-à-dire d'évaluer les risques que représente le problème défini par le diagnostic. L'importance politique nouvelle dévolue à la connaissance justifie aussi la participation de nombreux intervenants détenteurs de savoirs, tels les experts, afin de légitimer la prise de décision dans la gestion du risque que représentent les problèmes diagnostiqués¹⁴. D'ailleurs, au Canada, la rationalité managériale prime comme principe de gestion des risques. Selon celle-ci, l'évaluation des risques est monopolisée par les sciences, la prise de décision relève du management et la communication de la politique¹⁵. Cela justifie le recours à la pensée scientifique afin d'élaborer un pronostic concernant les risques que comporte un système de santé et de services sociaux dont la gestion échappe à l'État et par la même occasion d'acquérir un argumentaire crédible dans le cadre de négociations avec le gouvernement fédéral pour le partage des compétences en matière de santé.

COMMENT PROPOSE-T-ON UNE THÉRAPIE ?

La dernière étape dans un processus décisionnel ayant recours à la pensée scientifique est de proposer des solutions au problème de départ. On demande aux experts de proposer une thérapie, laquelle pourra ensuite être utilisée à des fins politiques. Celle-ci permet ensuite à l'État d'agir en s'appuyant sur la légitimité acquise par le recours à un processus emprunté à la pensée scientifique. La thérapie proposée permet à l'État d'élargir ses compétences et ses domaines d'intervention, contribuant par le fait même à son développement¹⁶. Ainsi, dans un processus de décision publique, on fait appel aux capacités de la science d'établir les faits, d'évaluer les risques potentiels et de proposer des solutions. Il s'agit donc d'expertise scientifique à destination politique, laquelle est devenue monnaie courante dans tous les processus décisionnels importants des États occidentaux¹⁷. C'est dans ce cadre que le gouvernement du Québec demande à des experts de mettre sur pied une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

LE RAPPORT DE LA COMMISSION CASTONGUAY-NEPVEU

ORGANISATION GÉNÉRALE DU RAPPORT

Tout d'abord, les agents de l'État québécois font appel à de nombreux spécialistes et experts afin de participer à cette commission d'enquête et de présenter des mémoires sur de nombreux sujets relatifs aux thèmes principaux de la Commission. D'ailleurs, l'immense majorité des membres et conseillers à la Commission détiennent une expertise valide fondée sur un savoir scientifique, ce qui témoigne de prime abord de la confiance accordée à l'expertise dans les processus décisionnels gouvernementaux québécois. De plus, les agents de l'État nomment M. Claude Castonguay à la présidence de la Commission, jouissant d'une grande crédibilité dans le domaine des sciences et spécialisé dans l'évaluation et la gestion du risque pour des régimes d'assurance santé¹⁸. La confiance portée à la crédibilité scientifique afin de mener à bien une commission d'enquête est ici évidente.

Le rapport est donc constitué de sept volumes concernant huit thèmes généraux¹⁹. Il suscita la publication de 28 annexes préparées par des spécialistes dans de nombreux domaines reliés de près ou de loin à la santé et au bien-être social et utilisées lors de la rédaction du rapport. Enfin, 150 mémoires ont été déposés dans le cadre de cette enquête, dont 138 ont été retenus. Notons que 119 ont été produits par des experts et organismes afférents à la communauté scientifique et 19 par des gens détenant leur expertise de l'expérience de terrain. Ici encore, la confiance portée à l'expertise et à la crédibilité scientifique

dans un processus décisionnel gouvernemental semble évidente. De plus, cela semble confirmer l'interprétation d'Éric Montpetit selon laquelle au Canada, l'approche des problèmes politiques est principalement celle d'une subordination à la rationalité managériale, tentant de circonscrire la participation du public afin de ne pas « gêner » le travail des experts²⁰.

DIAGNOSTICS, PRONOSTICS ET THÉRAPIES

DIAGNOSTICS ET PRONOSTICS GÉNÉRAUX

Le premier tome du rapport de la CCN, quoiqu'il soit intitulé *L'assurance-maladie*, présente les objectifs généraux de la Commission d'enquête et trace un diagnostic global de l'état de la sécurité sociale au Québec. Il est à noter que les considérations contenues dans l'introduction de ce volume sont explicitées en détail dans le volume III, intitulé *Le développement*. Les auteurs affirment la nécessité de se doter d'une politique sociale afin d'assurer l'épanouissement de la population en lui garantissant la satisfaction de ses besoins légitimes et une participation à la vie sociale²¹. Pour les commissaires, « le développement social [...] se définit comme la mise en œuvre par la société de l'ensemble des moyens propres à faire accéder chacun de ses membres au maximum d'épanouissement dont il est capable »²². Ainsi on justifie l'action politique par un objectif général difficilement discutable : l'amélioration des conditions de vie de la population québécoise.

Le premier diagnostic général établi par les auteurs est un constat quant à l'incapacité des modèles traditionnels de sécurité sociale à subvenir aux besoins de la population, lesquels évoluent au rythme des changements sociaux poussés par le progrès, l'urbanisation et l'industrialisation²³. C'est par la diversité et le manque de planification caractérisant les régimes de sécurité sociale que naîtrait cette incapacité. Ainsi, les types de régimes, la qualité de services, leurs conditions d'attribution et de financement varient beaucoup et ne semblent plus appropriés afin de répondre aux besoins contemporains de la population. Cependant, les commissaires établissent peu d'indications concernant l'évaluation des risques (pronostic) que comporte le manque d'organisation d'une politique de sécurité sociale. En effet, la seule indication qu'il est possible de retrouver est que, la situation étant ce qu'elle est, elle risque de demeurer la même si on n'apporte pas une thérapie rationnelle. C'est dans cette solution qu'intervient le premier recours à la pensée scientifique : « Une coordination et une rationalisation s'imposent : c'est d'ailleurs l'expérience de la plupart des pays. [...] L'élaboration de ce plan exigera des études et des recherches menées avec le concours d'un personnel compétent dont il faut doter le Québec au plus tôt²⁴. »

Ainsi, l'acquisition de savoirs et de connaissances est présentée comme étant la solution générale aux problèmes engendrés par la situation contemporaine des régimes de sécurité sociale. Il est donc clair que le recours à la rationalité, à l'expertise et à la pensée scientifique sont perçus par les membres de la Commission comme étant garants de l'élaboration d'un plan efficace d'organisation et de gestion d'une politique sociale adaptée au présent.

L'ASSURANCE-MALADIE

Le diagnostic général effectué par la Commission est que l'accessibilité à ce régime est fondée sur des normes dites « arbitraires » ayant pour effet de permettre certains groupes sociaux d'en bénéficier alors que d'autres gens subissent des préjudices en n'y ayant pas accès²⁵. De nombreux citoyens ne sont pas couverts par une assurance-maladie, ce qui implique qu'ils risquent de ne pas avoir accès à tous les soins dont ils pourraient avoir besoin. De plus, études à l'appui²⁶, les commissaires montrent que le manque de revenus peut avoir des conséquences sur le seuil à partir duquel l'état pathologique d'un individu donne lieu à la consultation. Ainsi quelqu'un ne disposant pas de ressources financières suffisantes serait porté à attendre que son état s'aggrave avant de consulter un médecin.

En outre, la Commission prétend que certains besoins médicaux ne peuvent être satisfaits que par l'intervention de l'État et que : « Consciente de cette réalité, la majorité de la population du Québec semble, depuis quelques années déjà, d'accord pour souhaiter qu'un régime d'assurance-maladie soit instauré au Québec sous l'autorité de l'État²⁷. »

Le problème semble donc être présenté comme ayant été d'abord posé par la population. Rappelons ici que la Commission fut instaurée dans un contexte particulier. En 1966, le Parlement du Canada vota la Loi sur les soins médicaux²⁸, visant à assurer l'accès à tous les Canadiens aux soins médicaux. La même année, le Parlement fédéral adopta le régime d'assistance publique du Canada selon lequel l'État fédéral paie la moitié des soins médicaux donnés aux assistés sociaux, en vertu des régimes provinciaux d'aide médicale. On présente ici l'apparition du problème comme émanant de la population alors qu'il s'inscrit aussi dans une dynamique de compétition entre diverses institutions étatiques afin d'acquérir légitimité et leadership dans les domaines socio-sanitaires. En conséquence, cela permet à l'État québécois d'élargir ses champs d'intervention et de justifier la réquisition de ressources financières et humaines supplémentaires²⁹.

En ce qui concerne le pronostic, les commissaires affirment que, quoique le niveau de vie des Québécois augmente sans cesse, le seuil de pauvreté évolue parallèlement, ce qui signifie que la proportion de gens ayant les moyens

financiers d'avoir accès à des soins de santé demeure la même. De plus, les commissaires prévoient que les coûts des soins s'élèveront plus rapidement que l'indice général des prix, les rendant de plus en plus inaccessibles aux personnes à revenus modiques³⁰. La barrière financière que constitue l'accès aux soins pour les personnes à revenus modiques devrait donc être éliminée afin d'« entraîner le nivellement des comportements vis-à-vis de la consommation des soins »³¹.

La thérapie générale proposée est donc l'instauration d'un régime public complet et universel d'assurance-maladie au Québec. Ainsi, 106 recommandations spécifiques sont proposées par les commissaires, concernant l'application d'un régime public d'assurance-maladie, sa gestion, son financement, les soins qu'il doit couvrir de même que ceux qui ne le sont pas, etc.³².

En outre, il est intéressant d'observer que le dernier chapitre de cette tranche du rapport, intitulé *La loi fédérale sur les soins médicaux*, est en fait constitué d'un argumentaire sur la prépondérance de l'ordre de gouvernement provincial en matière de compétences dans le domaine de l'assurance-maladie. Cette dimension sera d'ailleurs discutée en plus amples détails dans la troisième partie de cet article. Les commissaires y montrent donc que, selon la Loi constitutionnelle du Canada, les provinces détiennent l'exclusivité de la législation dans le domaine de la santé et de l'assurance-maladie. Par l'établissement de la Loi sur les soins médicaux de 1966, permettant au fédéral de verser des subventions aux régimes d'assurance-maladie provinciaux dans la mesure où ils remplissent certaines conditions, les commissaires concluent que celui-ci empiète sur les compétences provinciales par son pouvoir de dépenser³³. Ainsi cette démonstration permet aux agents étatiques québécois de détenir un argumentaire applicable à des négociations avec le fédéral concernant le partage des compétences dans le domaine de l'assurance-maladie.

LA SANTÉ

Comme dans le cas de l'assurance-maladie, le diagnostic général proposé par les commissaires concerne le manque d'une politique globale de santé et d'objectifs précis³⁴. Cependant, plusieurs diagnostics particuliers sont établis concernant le milieu et l'état de santé des Québécois. Dans le cas du milieu, le principal problème diagnostiqué est la pollution³⁵. En ce qui concerne l'état de santé des Québécois, les commissaires affirment que, quoique l'état de santé général de ces derniers s'améliore sans cesse, les disparités entre celui-ci et celui de leurs concitoyens des autres provinces et pays de degrés économiques comparables augmentent et montrent qu'il y a place à l'amélioration. Le pronostic concerne donc davantage le retard sur les autres États plutôt

que l'état de santé des Québécois puisque celui-ci semble s'améliorer malgré le système de l'époque³⁶.

Comme thérapie générale « la Commission propose [...] une politique de la santé d'où découle un régime de santé aux exigences précises, tant au point de vue de son organisation que de son financement »³⁷. Cette politique de la santé est présentée comme étant propre au Québec, légitimée par une situation sociale unique nécessitant une autonomie législative dans ce domaine³⁸. Ainsi les trois autres tomes de ce volume proposent un modèle de politique de la santé, visant à améliorer l'état de santé de la population de même que l'état du milieu dans lequel elle vit. Ce modèle est très détaillé et appuyé par de multiples statistiques et études empiriques, lesquelles ont été produites par ou pour la Commission, ou bien proviennent d'organismes réputés internationalement. Par l'acquisition de connaissances empiriques sur la santé au Québec, les agents de l'État purent détenir un argumentaire dans le cadre de négociations concernant le partage des compétences dans le domaine de la santé. Par la même occasion, ils purent appuyer leurs prises de décisions politiques sur la crédibilité de l'expertise scientifique.

USAGES DU RAPPORT

L'ASSURANCE-MALADIE

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, la majorité des réformes dans le domaine de la santé relevait de l'initiative du gouvernement fédéral et ce n'est généralement qu'en réaction à ces dernières que les gouvernements provinciaux entreprirent des actions concrètes dans ce domaine³⁹. D'ailleurs le Québec adhéra en 1957 à un régime d'assurance-hospitalisation à frais partagés avec le fédéral et proposé par ce dernier. En 1964 fut publié le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, la Commission Hall, laquelle recommandait notamment la mise sur pied d'un programme national d'assurance-maladie, recommandations qui furent ensuite reprises par le gouvernement fédéral. De plus, le Parlement fédéral vota en 1966 la Loi sur les soins médicaux. Celle-ci garantissait de financer conjointement tout régime d'assurance médicale provincial, dans la mesure où il répondait à certaines conditions telles : leur administration par un organisme sans but lucratif, la couverture totale des soins prodigués par des médecins ou chirurgiens, de même que l'universalité et la transférabilité des indemnités pour les Canadiens voyageant entre les différentes provinces⁴⁰. C'est donc dans un contexte de compétition pour l'acquisition d'autorité législative dans le

domaine de la santé et pour « reprendre au fédéral le leadership assumé depuis la Seconde Guerre mondiale »⁴¹ qu'est mise sur pied la CCN. Par l'acquisition de connaissances empiriques, les agents de l'État québécois purent élaborer un régime d'assurance-maladie propre au Québec. Ainsi, ils purent à la fois réaffirmer leur autorité en matière de compétences dans le domaine de l'assurance-maladie et obtenir la participation du fédéral quant au financement du régime.

Cependant, la publication de cette tranche du rapport ne permit pas à l'État provincial de mettre immédiatement en application les recommandations des commissaires. Quoique la Régie de l'assurance-maladie du Québec fut fondée en 1969, faisant suite aux recommandations de la CCN, le régime qui fut proposé par celle-ci suscita de nombreuses contestations, notamment de la part des professionnels de la santé⁴². Il fallut donc attendre 1971 pour que l'universalité de l'accès aux soins de santé soit instaurée au Québec. Néanmoins, l'application de ce régime fut en grande partie fondée sur les recommandations des commissaires, surtout en ce qui concerne son organisation et les ressources nécessaires à son application. Ainsi le rapport de la CCN permit aux agents de l'État québécois de légitimer leurs prises de décisions dans le domaine de l'assurance-maladie devant les Québécois et le gouvernement fédéral.

LA CONFÉRENCE FÉDÉRALE-PROVINCIALE SUR LA SANTÉ DE 1970

En outre, le gouvernement de P.-E. Trudeau organisa en 1970 une conférence fédérale-provinciale sur la santé, à laquelle participa le Québec et qui comportait un volet portant sur le financement des régimes d'assurance-maladie provinciaux. Le ministre québécois de la santé et du bien-être social de l'époque, M. Claude Castonguay⁴³, y reprit les critiques formulées dans le rapport de la CCN. En effet, il réaffirma la faiblesse des programmes de financement d'assurance-maladie développés par le gouvernement fédéral, lesquels étaient considérés comme étant trop rigides, laissant peu de place aux spécificités des populations des provinces et empiétant sur les compétences exclusives de ces dernières⁴⁴.

D'ailleurs, il est clair que l'acquisition de connaissances empiriques sur les besoins de santé et d'assurance-maladie des Québécois permit de légitimer l'autorité de l'État québécois dans ces domaines. Cette légitimité était ainsi fondée sur la spécificité de la société québécoise, laquelle était confirmée par l'acquisition de savoirs sur celle-ci par le biais de la Commission Castonguay-Nepveu. La position du gouvernement Bourassa lors de la conférence est ici évidente : « Le but visé est d'en arriver à une formule de financement qui

laisse toute latitude aux provinces quant à l'organisation et la distribution des services de santé »⁴⁵. Le recours à la pensée scientifique permit donc aux agents de l'État de fournir un argumentaire crédible dans le cadre des négociations fédérales-provinciales. D'ailleurs, le fait que le ministre C. Castonguay ait puisé largement dans le rapport de la CCN témoigne de l'importance de celui-ci dans le cadre de négociations avec le fédéral⁴⁶.

CONCLUSION

Par l'établissement d'un diagnostic, d'un pronostic et d'une thérapie, la pensée scientifique permit donc aux responsables provinciaux québécois de réaffirmer leur autorité en matière de compétences dans les domaines de l'assurance-maladie et de la santé. En plus de justifier la mise en branle d'une réforme majeure dans les domaines de la santé et des services sociaux, elle permit de fournir un argumentaire contre ce qu'ils considéraient comme un empiètement de l'État fédéral sur les compétences provinciales prévues par la Loi constitutionnelle du Canada. Par l'acquisition de connaissances empiriques sur les domaines de l'assurance-maladie et de la santé, les agents de l'État québécois purent légitimer leurs prises de position vis-à-vis le fédéral. Ils purent fonder leurs revendications par la situation socio-économique unique au Québec, laquelle était confirmée par le rapport de la CCN. De plus, la pensée scientifique permit aux agents de l'État québécois d'identifier et de tenter de résoudre les problèmes concernant l'assurance-maladie et la santé. Ainsi, ils bénéficiaient de connaissances crédibles permettant de légitimer leurs prises de décisions politiques et de mettre de l'avant un ensemble de politiques de protection sociale, largement inspirées des recommandations des commissaires. Il serait intéressant d'analyser le recours à la pensée scientifique dans le cadre d'autres compétitions pour l'acquisition de compétences et de leadership dans d'autres domaines tels la sécurité du revenu ou l'éducation afin de mieux cerner le poids de l'expertise dans les processus décisionnels au Canada.

BIBLIOGRAPHIE

BECK, Ulrich, « Logique de la répartition des richesses et logique de la répartition du risque » dans *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001 [1986], p. 35-90.

CASTONGUAY, Stéphane, « Fédéralisme et centralisation de la recherche agricole au Canada : dynamique scientifique et compétition institutionnelle », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 7, n° 3, printemps 1999, p. 21-39.

CURTIS, Bruce, *The Politics of Population. State Formation, Statistics and the Census of Canada, 1840-1875*, Toronto, University of Toronto, 2001, 385 p.

FOUCAULT, Michel, « Leçon du 1^{er} février 1978 » dans *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977, 1978*, Paris, Gallimard-Seuil-École des Hautes Études en Sciences sociales, 2004, p. 91-138.

GRANJOU, Céline, « L'expertise scientifique à destination politique », *Cahiers internationaux de Sociologie*, vol. CXIV, 2003, p. 175-183.

GUÉRARD, François, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, coll. « Boréal Express », 1996, 123 p.

GUEST, Dennis, *Histoire de la sécurité sociale au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, 478 p.

LAHIRE, Bernard, « La fabrique publique de l'«illettrisme» » dans *L'invention de l'«illettrisme»*, Paris, La Découverte, 1999, p. 33-122.

MARSHALL, Dominique, *Aux origines de l'État-providence : familles québécoises, obligation scolaire et allocations familiales, 1940-1955*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998, 317 p.

MEUNIER, E.-Martin et Jean-Philippe WARREN, *Sortir de la grande noirceur : l'horizon «personnaliste» de la Révolution tranquille*, Québec, Septentrion, 2002, 207 p.

MONTPETIT, Éric, « La démocratisation de la gestion des risques » dans *Lien social et politique-RIAC*, n° 50, automne 2003, p. 91-104.

RENAUD, Marc, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissique» » dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, p. 189-217.

ROUSSEAU, Yvan, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *RHAF*, vol. 59, n° 3, hiver 2006, p. 293-329.

SAVOIE, Donald J., *Governing for the Centre. The Concentration of Power in Canadian Politics*, Toronto, University of Toronto Press, 1999, p. 19-67.

VAILLANCOURT, Yves, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, 513 p.

NOTES ET RÉFÉRENCES

1. Dennis Guest, *Histoire de la sécurité sociale au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, p. 21.
2. Donald J. Savoie, *Governing for the Centre. The Concentration of Power in Canadian Politics*, Toronto, University of Toronto Press, 1999, p. 19-67.
3. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. 1 : *L'assurance-maladie*, Gouvernement du Québec, 1967, p. 11.

4. Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *RHAF*, vol. 59, n° 3, hiver 2006, p. 293-329.
5. François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996. p. 82, collection Boréal Express.
6. Dominique Marshall, *Aux origines de l'État-providence : familles québécoises, obligation scolaire et allocations familiales, 1940-1955*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998, 317 p.
7. Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, 513 p.
8. François Guérard, *op. cit.*
9. E.-Martin Meunier et Jean-Philippe Warren, *Sortir de la grande noirceur : l'horizon « personnaliste » de la Révolution tranquille*, Québec, Septentrion, 2002. 207 p.
10. Marc Renaud, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" » dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec*, Montréal, Boréal, 1995. p. 189-217.
11. Michel Foucault, « Leçon du 1^{er} février 1978 » dans *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977, 1978*, Paris, Gallimard-Seuil-École des Hautes Études en Sciences sociales, 2004. p. 91-138.
12. Bruce Curtis. *The Politics of Population. State Formation, Statistics and the Census of Canada, 1840-1875*, Toronto, University of Toronto, 2001, 385 p.
13. Bernard Lahire, « La fabrique publique de l'«illettrisme» » dans *L'invention de l'«illettrisme»*, Paris, La Découverte, 1999, p. 33-122.
14. Ulrich Beck, « Logique de la répartition des richesses et logique de la répartition du risque » dans *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001, 1986, p. 35-90.
15. Éric Montpetit, « La démocratisation de la gestion des risques » dans *Lien social et politique -RIAC*, n° 50, automne 2003, p. 91-104.
16. Donald J. Savoie, *op. cit.*
17. Céline Granjou, « L'expertise scientifique à destination politique » dans *Cahiers internationaux de Sociologie*, vol. CXIV, 2003, p. 175-183.
18. Celui-ci fut professeur agrégé au Département d'actuariat de la Faculté des sciences de l'Université Laval, actuaire auprès de sociétés d'assurance, co-fondateur de Castonguay, Lemay et Associés inc., aujourd'hui Sobeco-Morneau, entreprise spécialisée en services-conseils et en administration des assurances collectives. Il fut aussi nommé *Fellow* de l'Institut canadien des actuaires et de la Société des actuaires en 1958.
19. Ces thèmes sont : l'assurance-maladie, les médecins internes et résidents, le développement, la santé, la sécurité du revenu, les services sociaux, les professions et la santé et les établissements à but lucratif.
20. Éric Montpetit, *op. cit.*

21. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. 1 : *L'assurance-maladie*, Gouvernement du Québec, 1967, p. 3.
22. *Ibid.*, p. 20.
23. *Ibid.*, p. 11.
24. *Ibid.*, p. 31.
25. *Ibid.*, p. 49.
26. Il est mentionné dans le rapport que plusieurs études ont été effectuées dans d'autres pays ; voir Mizrahia, « Un modèle de dépenses médicales, effet simultané de deux ou plusieurs caractères socio-économiques », document dactylographié.
27. *Ibid.*, p. 49.
28. *Loi sur les soins médicaux, S.C., 1966-1967*, chap. 64.
29. Stéphane Castonguay, « Fédéralisme et centralisation de la recherche agricole au Canada : dynamique scientifique et compétition institutionnelle » dans *Bulletin d'histoire politique*, vol. 7, n° 3, printemps 1999, p. 21-39.
30. *Rapport de la Commission d'enquête, op. cit.*, p. 48.
31. *Ibid.*, p. 47
32. L'ensemble des recommandations concernant l'assurance-maladie se retrouve aux pages 309 à 325.
33. *Ibid.*, p. 198.
34. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. IV, *La santé*, tome I, Gouvernement du Québec, 1970, p. 175.
35. *Ibid.*, p. 91.
36. *Ibid.*, p. 92.
37. *Ibid.*
38. *Ibid.*, p. 223.
39. Marc Renaud, *op. cit.*, p. 191.
40. Dennis Guest, *op. cit.*, p. 224.
41. François Guérard, *op. cit.*, p. 82.
42. En 1970, le gouvernement Bourassa déposa à l'Assemblée nationale un projet de loi sur l'assurance-maladie, lequel ne serait effectif qu'après de longues négociations avec les syndicats et les deux fédérations des médecins spécialistes et omnipraticiens, portant principalement sur leurs conditions salariales et la préséance de leurs décisions concernant la quantité et la fréquence des soins à prodiguer aux patients.
43. De nombreux commissaires obtinrent des charges au sein de l'État après leur participation à la CCN. M. Claude Castonguay présida la Commission jusqu'en 1970. Élu comme député dans le comté de Louis-Hébert en avril 1970, il prêta serment comme ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social (ministère qui fut renommé la même année ministère des Affaires sociales). Gérard Nepveu fut alors nommé président de la Commission. Jeanne d'Arc LeMay Warren fut nommée

juge de la Cour du bien-être social en mars 1970. René Dusseault fut nommé la même année conseiller sur les politiques sociales auprès du ministre de la Santé, de la Famille et du bien-être social et Jacques Brunet fut nommé sous-ministre de la Santé. Il semble évident que la nomination de ces membres à des postes au sein de l'appareil étatique témoigne de la crédibilité qu'on leur accorde, de même que de celle accordée à des experts dans le processus décisionnel politique.

44. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, op. cit.* p. 199.

45. « Castonguay blâme le fédéral (...) », *Le Soleil*, 12 décembre 1970, p. 3.

46. *Ibid.*, p. 3.