

La commission Rochon : un rapport controversé. Table ronde
The Rochon Commission: A Controversial Report. Round Table
La Comisión Rochon: un informe controvertido. Mesa redonda

Number 19 (59), Spring 1988

Repenser les solidarités étatiques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034250ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034250ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

(1988). La commission Rochon : un rapport controversé. Table ronde.
International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire, (19), 145–152. <https://doi.org/10.7202/1034250ar>

Article abstract

In June of 1985, the Rochon Commission received its mandate to study the operation and financing of the entire Québec health and social service system. Its report was officially submitted in February, 1988.

In a round-table meeting, researchers from Québec universities, social service professionals and a Commissioner discussed the Commission's main recommendations. The report was criticized in that it did not attach the real problems in the system and because the position adopted was not sufficiently justified. At the same time, the motives underlying the recommended decentralization were made explicit. There was also clarification of the motives of protagonists of the report regarding their position on some basic issues of health and social problem management in Québec.

La commission Rochon : un rapport controversé

Table ronde

Ont participé au débat, qui s'est tenu le 27 février :

Jean-Pierre Bélanger, adjoint au directeur général, Fédération des centres locaux de services communautaires (FCLSC)

Jean-Pierre Duplantie, commissaire à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon)

Marcel Gilbert, de l'École nationale d'administration publique (Université du Québec)

Jacques T. Godbout, de l'INRS-Urbanisation (Université du Québec)

Pierre Hamel, de l'Institut d'urbanisme de l'Université de Montréal

Hélène Manseau, du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal

Marc Renaud, du Département de sociologie de l'Université de Montréal

Jean Rodrigue, médecin et ancien commissaire à la commission Rochon.

P. Hamel : Le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux au Québec a déjà suscité de nombreuses controverses. On peut rappeler qu'il s'appuie sur trois postulats fondamentaux, à savoir 1) que si les acteurs et les groupes concernés peuvent s'entendre sur les problèmes, ce consensus permettra d'élaborer des « solutions acceptables au plus grand nombre », 2) que les réformes nécessaires exigent une

participation large et 3) que « ce n'est pas l'ensemble du système qui est en cause mais sa capacité d'adaptation ». Ces postulats méritent d'être soulignés parce qu'ils ont orienté toute la démarche menée par la Commission et aussi parce qu'ils se répercutent sur l'esprit des recommandations.

Il est difficile de discuter des conclusions et des recommandations de ce rapport sans faire référence, en même temps, à

l'évaluation qui y est faite de l'ensemble du système socio-sanitaire. On peut néanmoins considérer que certaines des recommandations sont plus stratégiques que d'autres. La reconnaissance du maintien de l'accessibilité universelle aux services et le principe d'un financement « totalement public dont les sources demeurent fiscales » constituent des choix fondamentaux qui se répercutent sur la majorité des réformes proposées.

D'autre part, la volonté d'accorder aux organismes communautaires un rôle accru dans la formulation et le développement « d'approches alternatives » en leur allouant davantage de ressources pourrait correspondre à un changement d'attitude important de la part des pouvoirs publics. Même chose en ce qui concerne l'idée de décentralisation, qui se matérialise notamment à travers la création de « régies régionales » qui deviendraient des lieux de concertation sur le plan « de la planification, de la coordination et de l'évaluation » de plusieurs programmes sociaux et de santé.

Enfin, l'accent mis sur l'instauration de « mécanismes concrets de gestion participative » s'articule à une valorisation des ressources humaines pour le fonctionnement de l'ensemble du système.

Toutefois, les recommandations concrètes relatives à ces aspects n'ont pas encore généré le consensus social que recherchait la Commission. Est-ce simplement une question de temps ou y a-t-il des problèmes fondamentaux qui ont été escamotés, malgré l'ampleur des travaux effectués ?

M. Gilbert : D'entrée de jeu, je préférerais préciser ma perception générale du rapport de la commission Rochon. Je ne suis pas très satisfait de ce rapport parce qu'il tourne toujours autour des vrais problèmes sans jamais les aborder

de front. Les tensions du système socio-sanitaire sont bien décrites dans la partie « un système en otage », mais les solutions mises de l'avant passent toujours à côté de la résolution des problèmes. Dans son bilan, la Commission affirme que bon nombre d'intervenants et les établissements n'ont plus le sentiment de pouvoir offrir des services continus, complets, des services adéquats et de qualité à la population. Mais lorsqu'on lit le détail de ce bilan, on se rend compte que tous ces intervenants affirment manquer de ressources. Il y a donc affirmation claire d'un manque important de ressources (financières et humaines). Par ailleurs, ce manque de ressources paraît plus criant du côté des services sociaux ou de problèmes qui relèvent plus du domaine du social que du domaine de la santé.

Même lorsqu'on analyse le phénomène de la démotivation des ressources humaines, on se rend compte que la cause réelle en est le sentiment de ne pouvoir offrir des services de qualité. On parle aussi de « tiraillements » entre les acteurs et de la confrontation systématique de ces derniers relativement à l'allocation des ressources financières.

La Commission conclut à ce sujet que le système est l'otage de ses groupes d'intérêts mais elle minimise la contrainte qu'exerce l'insuffisance des ressources sur le fonctionnement de ce système, particulièrement dans le domaine social. Cette insuffisance des ressources ou ce sous-financement explique les tensions à l'intérieur du système, son engorgement, la démotivation des ressources humaines, etc. L'insuffisance des ressources est donc centrale, mais la Commission ne s'arrête pas à cet aspect et préfère chercher des solutions du côté, par exemple, d'une meilleure coordination des services, d'une gestion participative, etc. La Commission ne recon-

naît pas en définitive la pénurie de ressources et est assez naïve pour croire que l'on peut éliminer ou réduire les tensions dans une telle situation par un nouveau type de gestion du système.

Tous les éléments de changement dans le développement de la socialité sont exposés dans la première partie (« Une société en métamorphose »). Cette évolution va inévitablement induire une augmentation de la demande de services de type social, privés ou publics.

La question centrale est par conséquent celle de la capacité de financement et plus particulièrement de la capacité d'allouer plus de ressources au social. La Commission ne s'est pas vraiment posé cette question ou plutôt elle a adopté comme postulat qu'il n'y a pas moyen d'aller chercher d'autres ressources financières publiques et elle n'a pas voulu envisager la possibilité de recourir à des sources de financement privées. On a l'impression que son questionnement a été bloqué par deux interdits : l'impossibilité d'accroître le financement public, d'une part, et le rejet de l'idée, profane, de mettre à contribution le financement privé, d'autre part. Ce sont deux convictions non dites des commissaires qui ont joué « comme le retour du refoulé ». Dès lors, la seule voie qui s'ouvre à eux est de proposer d'essayer de développer des rapports non marchands à travers les organismes communautaires.

Ainsi, parce que la privatisation est sacrilège, et même si plusieurs personnes sont prêtes à payer pour certains services, on rejette cette possibilité. Par pudeur. On craint de ne pas avoir l'air de défendre l'équité et on laisse ce système entretenir et même développer des inéquités épouvantables.

La Commission cherche donc une porte de sortie du côté des or-

ganismes communautaires, mais elle ne met de l'avant aucune stratégie articulée de développement pour le secteur communautaire même si elle en reconnaît l'importance.

Le secteur privé est écarté comme moyen d'augmenter le financement du système socio-sanitaire, quitte à ce que les interventions publiques soient orientées vers les besoins les plus évidents. Cette idée est taboue. Le seul débat sur la privatisation tourne autour de la gestion par des entreprises privées de centres hospitaliers publics alors que le fait que les médecins soient des entrepreneurs privés dans ce système n'est pas mis en cause.

J.-P. Bélanger : La question du financement est importante mais pas aussi déterminante que Marcel Gilbert le croit.

Il est premièrement faux de prétendre que les pressions dans le domaine de la santé en faveur d'un accroissement des ressources sont moins fortes que dans le domaine des services sociaux, entre autres à cause du développement technologique et des coûts qui y sont liés.

La Commission a rapidement été amenée à développer le concept de rationnement équitable en matière de services de santé. Par ailleurs, la Commission constate que le domaine des services sociaux est sous-financé par rapport aux services de santé. Elle prône donc le développement des services sociaux tout en reconnaissant qu'un certain rationnement est là aussi inévitable. Mais elle considère que, en dépit des contraintes financières de l'État, la priorité doit être accordée aux services sociaux.

Il est évident que la Commission ne voit pas dans la privatisation du système socio-sanitaire une solution à ses problèmes, à cause justement des inéquités qu'une telle option engendrerait.

Elle constate un sous-financement relatif et opte pour une augmentation du financement public du système basée sur l'augmentation annuelle du PIB plus 1 %, tout en proposant que la priorité soit accordée aux services sociaux. La Commission met aussi l'accent sur les problèmes de gestion du système et propose de ce fait des solutions centrées sur la nécessité d'évaluer la performance ou l'efficacité des services, sur les systèmes d'information et sur l'informatisation, etc.

Mais, en définitive, la Commission s'attarde plus au constat du blocage du système socio-sanitaire à cause des rapports de force des groupes d'intérêts à l'intérieur de ce système. À mon avis, ce constat est fondamental et la Commission a eu raison de lui donner autant d'importance. En ce sens, l'accroissement du financement ne ferait que reproduire ces rapports de force et la sphère d'influence des groupes en présence sans changer la dynamique du système. Il était essentiel d'identifier ce problème ou cette dynamique avant de suggérer des mesures d'amélioration de la gestion et de parler de niveau de financement.

M. Renaud : La question du niveau et des sources de financement est effectivement très importante. La Commission a largement discuté du financement privé (fondations, tarification de services, etc.) et a essayé d'évaluer la capacité du financement public pour finalement opter pour un financement essentiellement public, à condition que cela permette de dégager une marge de manoeuvre réelle en faveur du social. La Commission pose en effet un diagnostic clair lorsqu'elle affirme « qu'il y a un manque réel de ressources dans tous les secteurs d'activité qui visent à résoudre les problèmes sociaux ». Dans ce domaine, la Commission opte pour

une priorisation de problèmes sociaux précis pour lesquels il doit y avoir des services universels et gratuits.

En ce qui concerne le financement privé, il faut se rendre compte qu'actuellement environ 20 % des dépenses de services de santé et de services sociaux sont acquittées par les consommateurs. De plus, selon un sondage récent, 40 % des citoyens sont disposés à payer un peu de leur poche lorsqu'ils consultent un médecin : plus une personne est riche, moins elle est malade et plus elle est favorable à une contribution financière directe. Enfin, il y a aussi un fort courant en faveur de la privatisation des services tant au gouvernement que dans le milieu des affaires.

La Commission ne se prononce pas sur tous ces aspects, mais elle ouvre tout de même des perspectives intéressantes lorsqu'elle met en parallèle le « médicalement requis », qui est universel et gratuit actuellement, et ce qui devrait être « socialement requis » selon le même principe. Les problèmes sociaux prioritaires qu'elle identifie et qui exigent une intervention publique sont : 1) la violence faite aux personnes, 2) la déviance et la mésadaptation sociale et 3) l'intégration sociale. Cela sous-entend que pour les autres problèmes de nature sociale qui ne sont pas identifiés comme prioritaires on ouvre la porte à une contribution financière des usagers selon leurs revenus ou leur capacité de payer. Donc, des perspectives nouvelles se dégagent quant à la contribution des consommateurs et quant à une marge de manoeuvre en termes de financement public.

J. Rodrigue : Le problème du rapport est qu'il ne se suffit pas à lui-même : si la Commission a envisagé et analysé toutes les options, elle ne l'a pas écrit et elle n'étaye pas ses conclusions ni ses

privée et le fait de faire gérer un hôpital par l'entreprise privée ?

La Commission propose en somme d'ajouter un nouveau palier décisionnel (les régies régionales) sans rien changer à ce qui existe déjà. La population y serait représentée mais cette régie régionale a comme mission principale de faire de la programmation, alors que c'est ce qui intéresse le moins la population. Le risque, donc, c'est que seuls les technocrates soient intéressés par ces régies régionales.

J.-P. Duplantie : Dans le domaine social, et c'est très important, la Commission se prononce sur ce qui doit être couvert par le système public en termes de services. Elle établit des priorités et la gamme de services qui doit être assurée par l'État. Malgré nos lois sociales actuelles, il ne faut pas oublier que les services offerts le sont en vertu des « ressources disponibles », contrairement aux services de santé « médicalement requis », qui ne sont pas limités par les ressources disponibles. Dans ce contexte, on a constamment réduit la gamme de services sociaux gratuits depuis les années 1970, contrairement à ce qu'on a fait pour les services de santé. En ce sens, la Commission n'offre rien de plus en ce qui concerne les services médicaux et de santé mais, par contre, elle veut élargir la gamme des services sociaux. Nous posons des priorités sociales et mettons de l'avant un mécanisme universel d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour les problèmes sociaux. C'est un pas en avant tant pour la prévention que pour la résolution des problèmes.

Autre élément important, la Commission a cherché dans ses recommandations à favoriser la participation des citoyens, à démocratiser le système socio-sanitaire et à le rendre transparent. Ce sont là des orientations claires et il faut

bien voir ce que les services sociaux y gagnent.

H. Manseau : Pourquoi seule l'intégration sociale relèverait-elle des régies régionales, et donc des régions, alors que la protection des personnes et la mésadaptation sociale relèveraient du niveau central (du ministère) ?

J.-P. Duplantie : Cela signifie effectivement que les directions de la protection de la jeunesse, les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés, les maisons de femmes s'occupant de violence, etc. recevraient leur budget directement du ministère. Pourquoi ? Parce qu'il s'agit là de secteurs d'activité dans lesquels le gouvernement intervient par des lois qui visent à protéger les citoyens dans des contextes bien spécifiques, qui encadrent même l'intervention sociale et en font une pratique socio-juridique.

Cette intervention gouvernementale se fonde sur les pressions sociales pour le respect des droits fondamentaux de la personne humaine, sur la prise de conscience par notre société des problèmes de violence et de mésadaptation. Les politiciens se sentent plus « imputables » aujourd'hui pour leur action ou inaction dans ces domaines et pour les investissements consentis dans le but de contrer ces situations ou de les prévenir. Conséquemment, quant aux bénéficiaires à desservir, aux mesures d'intervention et au cadre de pratique (urgence de l'intervention, révision), la marge de manœuvre laissée aux établissements et aux organismes oeuvrant dans ces secteurs d'activité est de plus en plus réduite.

La Commission reconnaît donc que les décisions d'allocation de ressources en ces matières ne peuvent être laissées à l'arbitraire des régions et des établissements.

En ce qui a trait aux problèmes associés à l'intégration sociale,

148 recommandations. À l'égard de la question de la privatisation, par exemple, les options prises ne sont pas explicitées.

En ce qui concerne les rapports de force entre groupes d'intérêts à l'intérieur du système, il est irréaliste de penser les amoindrir ou les neutraliser par une nouvelle instance décisionnelle régionale. Ils y seront tout simplement reproduits ou reconduits. C'est illusoire et cela affaiblit les autres recommandations du rapport qui, elles, sont valables.

J. Godbout : Ce qui est embêtant dans ce rapport, c'est que l'on commence par décrire longuement les éléments qui constituent le système socio-sanitaire québécois en donnant l'impression que tout va bien. Et puis tout à coup on dresse un bilan très négatif de son fonctionnement qui demeure dans l'abstrait, sans identifier les dynamiques qui le sclérosent ou le bloquent, ou sans identifier de véritables responsables. Finalement, on dégage des solutions technocratiques de type régies régionales, programmation, etc., sans dire à quoi ça répond.

Autre commentaire, dans tout le rapport il n'y a qu'une phrase sur les polycliniques, qui sont pourtant privées. C'est comme si elles n'existaient pas. Et pourtant on affirme qu'on est contre toute privatisation. Mais quelle différence y a-t-il entre une polyclinique

tout en prévoyant que les ressources financières allouées doivent correspondre aux besoins, la Commission reconnaît la très grande souplesse nécessaire quant aux moyens à mettre en place. Que ce soit, à titre d'exemple, dans le domaine de la santé mentale, des services aux personnes handicapées ou encore de l'intervention auprès des assistés sociaux, une programmation régionale qui puisse être différente d'une région à une autre paraît plus réaliste et appropriée.

J. Godbout : La Commission a une tendance générale à promouvoir tous les bons principes mais sans percevoir les contradictions qui existent entre eux. Entre autres, l'on veut centrer le système sur les personnes, adapter les établissements aux services, miser sur une coordination et une cohérence maximales, procéder à une adaptation aux situations régionales spécifiques, etc. On ne peut pas faire tout ça en même temps. Il faut choisir. Au fond, la Commission n'attaque pas les vrais tabous du système.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons évoqué précédemment le manque ou l'insuffisance de ressources, mais on ne parle nulle part du gaspillage, de la mauvaise administration, des rigidités des conventions collectives qui nuisent à une meilleure allocation des ressources humaines. Sur tous ces aspects rattachés aux rigidités structurelles, la Commission n'a pas osé se prononcer. La Commission s'est prononcée en faveur de l'adaptabilité du système mais n'en tire pas de conséquences quant à la centralisation du régime de négociation des conventions collectives, par exemple.

J.-P. Bélanger : En cette matière, il s'agissait d'un consensus stratégique à l'intérieur de la Commission à l'effet que l'on ne peut pas tout remettre en question en

même temps. La société québécoise elle-même n'est pas prête à aller très loin dans cette direction et c'est ce qui explique le ton de la Commission.

Quant aux services sociaux et aux priorités sociales, on peut effectivement remettre en question les objectifs qui sont visés et le partage des compétences qui est proposé. C'est un grand pas en avant de vouloir uniformiser les interventions en matière de protection de la jeunesse mais, par contre, les interventions non institutionnelles concernant les mésadaptés sociaux auraient pu être mises en oeuvre avec plus de souplesse au niveau régional. En ce qui regarde les programmes, on peut avoir l'impression qu'il s'agit d'une approche purement technocratique mais il faut savoir comment fonctionne l'allocation des ressources dans le système actuel. Même si les budgets alloués par le gouvernement sont officiellement rattachés à des programmes, dans les faits ces budgets vont à des établissements précis ou à des catégories d'établissements sans possibilité de transferts ou de mise en commun des ressources.

La Commission préconise qu'on alloue, au niveau régional, des ressources en fonction de clientèles cibles et de programmes regroupant plusieurs activités qui permettraient beaucoup plus de flexibilité et de complémentarité entre les établissements. C'est cette flexibilité dans l'allocation des ressources qui est recherchée par cette notion de gestion par programme et par clientèle cible (personnes âgées, périnatalité, personnes handicapées, santé mentale, etc.).

M. Gilbert : Revenons sur le financement et sur l'affirmation que la Commission apporte de nouvelles perspectives pour le secteur social et les services sociaux. Je prétends qu'un programme sans

financement, ça n'existe pas. La Commission n'apporte pas vraiment de perspectives nouvelles de financement, elle extrapole en fonction d'hypothèses qui reproduisent le statu quo et même qui sont en-dessous de l'augmentation de la demande de services prévisible ou des besoins dans le secteur social. Donc, le manque de ressources dans le secteur social va perdurer parce que les besoins sont mal évalués et minimisés. Il n'y aura pas de marge de manoeuvre.

Sur un autre aspect, il est intéressant de voir que la Commission constate que la société québécoise est devenue pluraliste mais pourtant sa conception des organisations qui dispensent des services de santé et des services sociaux est unitaire.

J. Rodrigue : Il est étonnant que le rapport accorde une si grande place à la population alors que dans le passé la participation a largement échoué. On n'a pas fait de recherches pour évaluer l'intérêt, la motivation, la disponibilité de la population et la pertinence de sa participation. On ne sait pas sur quoi se fonde la Commission pour appuyer ses recommandations sur ce sujet.

H. Manseau : Revenons aux priorités sociales identifiées par la Commission, aux intérêts professionnels qu'elles sous-tendent et aux processus même de définition des problèmes sociaux. La Commission s'est laissé porter, je crois, par le discours professionnel et a endossé l'analyse que font les intervenants des problèmes actuels. Dans le rapport, on ne s'interroge pas non plus sur la compartimentation des tâches, l'organisation du travail et la nature des services offerts. De plus, les recommandations ne précisent pas comment la population et les bénéficiaires auront un rôle dans la définition des priorités et des modes d'intervention.

150

J.-P. Duplantie : La Commission s'est beaucoup préoccupée de la place de la population et de la participation des bénéficiaires dans le système. Dans nos recommandations la population disparaît presque totalement des conseils d'administration des établissements mais elle est présente dans des instances consultatives et décisionnelles beaucoup plus significatives. La participation, dans le passé, avait été conçue à tous les niveaux du système et n'a pas fonctionné. Nous avons voulu la replacer dans des lieux plus appropriés et plus significatifs.

En ce qui concerne les services sociaux, nous avons effectivement opté pour une approche clinique des trois grandes problématiques qui sont aussi les priorités retenues (violence, méadaptation et déviance, intégration sociale). C'est un choix stratégique qui s'appuie sur la conviction que, pour affirmer la place des services sociaux dans le système socio-sanitaire et pour dégager un financement adéquat, il faut parler de problèmes concrets et urgents comme la violence et la délinquance, il faut commencer par les cas cliniques et non pas essayer de prendre en même temps la prévention et l'approche communautaire. Nous en sommes à la médecine de guerre dans le secteur social ! On ne peut pas demander à la communauté d'assumer tous les problèmes sociaux,

on ne peut pas désinstitutionnaliser toutes les clientèles sans support dans la communauté, sans l'apport de professionnels et d'intervenants. Pour sensibiliser le système et la société actuelle il fallait définir des priorités concrètes, des problèmes criants. Nous avons élargi les définitions de ces problématiques et insistons aussi sur la nécessité de la prévention en ces matières.

M. Renaud : Le rapport n'est pas parfait mais il ne faut pas « jeter le bébé avec l'eau du bain ». Sur la privatisation, par exemple, les principaux éléments d'analyse sont là et il y a un contexte législatif (la loi fédérale sur les services de santé) qui interdit de toute façon que l'on puisse aller très loin sur ce terrain.

Par ailleurs, la régionalisation et la décentralisation du système socio-sanitaire sont aussi une réponse à des questions fondamentales. Actuellement, une seule personne, la ministre, est responsable d'une industrie de dix milliards de dollars et de 900 établissements regroupant 10 % de la main-d'oeuvre. C'est une tâche impossible. Il faut absolument rapprocher les décisions administratives de la population et de ses besoins et des services, répartir les responsabilités, faire redescendre les processus de prise de décision dans la société.

En ce qui concerne le concept de gestion par programme, ce n'est pas qu'une approche technocratique. À l'exception peut-être des soins aigus dans les centres hospitaliers, tous les problèmes (personnes âgées en perte d'autonomie, femmes violentées, personnes ayant des troubles mentaux, etc.) peuvent être mieux gérés à l'intérieur de programmes centrés sur des problématiques et des clientèles précises où les décideurs allouent les ressources aux établissements et aux organisations qui sont le plus en mesure

d'intervenir efficacement, qu'ils soient publics, privés ou communautaires.

J. Godbout : On dit par contre que les programmes sont triennaux et que les organismes communautaires doivent s'inscrire dans ces programmes. Ça va à l'encontre de leur autonomie, c'est une façon de les enraceriner ou de les institutionnaliser.

Quant à la décentralisation, vous créez une nouvelle instance, les régies régionales, qui vont bureaucratiser encore plus le système, qui vont faire de la programmation et de la coordination. Ça ne va que compliquer le système, alors que la priorité, c'est de le simplifier.

P. Hamel : La reconnaissance, par le rapport Rochon, de la place et du rôle des organismes communautaires constitue un acquis important. On peut parler à cet égard d'un changement de mentalité. Par contre, le mode de financement que l'on propose ne permet pas aux organismes communautaires de participer concrètement à l'élaboration des priorités qui, elle, déterminera les ressources disponibles.

J.-P. Bélanger : Il y a peut-être un danger d'institutionnalisation des organismes communautaires. Par contre, le rapport recommande de les financer sur une base triennale, ce qui serait un grand pas en avant pour ces organismes, qui actuellement recommencent chaque année leur quête de financement.

La décentralisation n'a pas été poussée jusqu'aux plus petites unités comme les MRC (municipalités régionales de comté) parce que le Québec n'est pas prêt à aller aussi loin. C'est donc la région qui a été choisie comme assise de la décentralisation. Il y a maintenant seize régions administratives au Québec.

Mais il faut aussi voir quels pouvoirs sont accordés à ces ins-

tances régionales. C'est à elles que l'on accorderait le pouvoir d'allouer les ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires, de nommer la majorité des membres des conseils d'administration des établissements, etc. Cela suppose une refonte complète de la loi actuelle sur les services de santé et les services sociaux.

M. Gilbert : En ce qui concerne le concept de programme, qui cherche à introduire une cohérence administrative et organisationnelle, horizontale et verticale dans la dispensation des services entre les établissements et les professionnels, cela va occasionner des tensions mais c'est une approche nécessaire et valable pour la continuité et la globalité des services. Que l'allocation des ressources suive cette logique, c'est aussi nécessaire, mais c'est un problème complexe dans le cadre, par exemple, des conventions collectives actuelles et des rigidités qu'elles induisent dans l'allocation des ressources. Je crois que le rapport aurait pu mettre de l'avant des formules d'allocation budgétaire plus souples, moins formelles et technocratiques que celles qu'il propose. De telles formules existent, par exemple, pour les CEGEP (collèges d'enseignement général et professionnel), et elles sont gérées par Québec de façon très centralisée.

Quant aux organismes communautaires, dans de tels programmes, ils risquent peut-être d'être radicalement institutionnalisés mais ils peuvent aussi très bien conserver leur originalité et leur autonomie. Toute la question est de savoir comment ça va se passer en pratique, tout dépend des responsables de programmes, qui peuvent très bien respecter leur originalité

J.-P. Bélanger : La participation de la population a été conçue dans sa forme la plus achevée,

c'est-à-dire par l'intermédiaire du suffrage universel et sur une base régionale. Les producteurs de services et les gestionnaires ne peuvent pas être candidats à ce suffrage et donc être élus. Ils ne pourront pas, par conséquent, définir les priorités et gérer eux-mêmes le système socio-sanitaire.

J.-P. Duplantie : La Commission a opté pour la décentralisation et en même temps pour la participation des citoyens et la démocratisation du système. Elle s'est demandé jusqu'où le Québec peut aller dans cette direction et quels sont les choix qui s'offrent. Une véritable décentralisation implique que des choix politiques puissent être faits et elle implique aussi un pouvoir de taxation. Il ne s'agit pas d'une simple déconcentration administrative. Lorsque l'on se réfère aux commissions scolaires et que l'on insiste sur le fait que seulement 20 % de la population participe à l'élection des commissaires, nous disons que 20 % c'est beaucoup mieux qu'aucune participation. La participation aux suffrages universels dans le réseau de la santé et des services sociaux sera au moins aussi importante et ce sera un grand pas en avant. Maintenant il faut voir quels pouvoirs auront les élus. Nous décentralisons environ 70 % du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux et nous leur en donnons le plein contrôle, y compris le budget de la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ). La gestion par programme complète cette décentralisation : à l'intérieur de programmes adaptés aux besoins d'une région, balisés par la politique de santé et de bien-être, les établissements et organismes communautaires définissent la contribution qu'ils sont prêts à offrir à l'intérieur des programmes. Les ressources financières seront allouées en fonction de ces contributions, des objectifs fixés et de l'évaluation des services rendus.

Cette philosophie de gestion permet plus de flexibilité, de souplesse et d'adaptabilité dans la dispensation des services. Nous disons aussi que les organismes communautaires doivent trouver une partie de leur financement à l'extérieur des régies régionales ou du ministère afin qu'ils ne soient pas entièrement dépendants des fonds publics.

J. Rodrigue : Dans le climat social et politique actuel et compte tenu du fait qu'il y a de sérieux problèmes dans le système de santé et de services sociaux, ce rapport n'incite pas à l'action, il n'est pas mobilisateur. Qui va le défendre ?

P. Hamel : Il est quand même étonnant que la structure de régionalisation mise de l'avant ne tienne nullement compte des réformes entreprises depuis la fin des années 1970 sur la scène régionale. Que l'on pense aux MRC, à leurs schémas d'aménagement et aux négociations ardues qu'elles ont menées avec les instances gouvernementales. Que l'on pense encore aux conférences socio-économiques régionales et aux difficultés qu'elles ont rencontrées afin de faire valoir leurs points de vue et d'établir leurs priorités par rapport à ceux des ministères. À la lumière de ces expériences, le discours décentralisateur du rapport me paraît carrément utopique.

J. Godbout : Je veux revenir sur les régies. Je suis très favorable à la décentralisation mais ces régies régionales, c'est un « cadeau de Grec » pour la population parce que ça ne marchera pas et que ça permettra de dire par la suite que la population n'est pas intéressée à la décentralisation. Ce sont les professionnels du réseau qui vont en prendre le contrôle. Ce n'est pas non plus évident que c'est au niveau régional que doit s'effectuer la décentralisation. La population est intéressée aux services qu'elle reçoit de

152 façon immédiate. En proposant une régie régionale, la Commission reproduit ce qui marche le moins bien actuellement dans notre système décentralisé : les commissions scolaires.

Le rapport propose, par ailleurs, de conserver les conseils d'administration des établissements. Plus encore, des organismes régionaux comme les centres de services sociaux demeurent autonomes. On ajoute une nouvelle instance technocratique qui n'aura pas suffisamment de pouvoir pour contrôler ou gérer les établissements. On recrée des rapports de force qui amèneront de nouvelles tensions dans le système, de nouveaux blocages.

M. Renaud : C'est vrai que le rapport n'est pas mobilisateur à court terme et qu'il propose des changements devant s'étaler sur dix ou quinze ans. La perspective de la décentralisation fait évidemment peur aux députés et aux ministres qui verraient leur échapper presque un tiers du budget du Québec. Par contre, l'idée de programmes me semble mobilisatrice à plus court terme et peut être appliquée graduellement dans plusieurs secteurs. Quant aux organismes communautaires, il y a dans le rapport des propositions très intéressantes de financement et de fonctionnement qui préservent leur autonomie et leur originalité.

Cahiers de recherche sociologique

Déjà parus

Connaissance et société	6\$()	Des femmes dans les sciences	8\$()
Le discours social et ses usages	6\$()	Les industries culturelles: un enjeu vital	8\$()
Problèmes d'immigration	6\$()	Le complexe agro-alimentaire et l'État	8\$()
La décentralisation pour quoi faire?		L'autre sociologie	8\$()
Informatisation et bureautique	8\$()		

À paraître

Volume 6 no 1 L'économie mondiale en mutation
 Volume 6 no 2 La reconquête urbaine

Bulletin d'abonnement

Les cahiers de recherche sociologique paraissent deux fois l'an.

Prix de l'abonnement

2 numéros		4 numéros	
— au Canada	13\$	— au Canada	24\$
— à l'étranger	16\$	— à l'étranger	29\$
— institution	24\$	— institution	45\$
— étudiant	10\$		

Vous pouvez vous procurer l'ensemble de la collection des Cahiers de recherche sociologique au prix exceptionnel de \$50.

Je désire m'abonner à partir du volume _____ no _____ \$
 Veuillez m'expédier les titres cochés _____ \$
 Je désire recevoir la collection complète _____ \$
 Total _____ \$

Ci-joint chèque ou mandat à l'ordre de:
 CRS: Service des publications
 Université du Québec à Montréal
 Case postale 8888, Succursale «A»
 Montréal, H3C 3P8
 Québec, Canada

Compte: _____ Visa _____ Master Card _____ No _____
 Date d'expiration _____ Signature _____
 Nom _____
 Adresse _____
 _____ Code postal _____