

La mise au pas tranquille des CLSC

Denis Bourque

Volume 1, Number 1, 1988

Les CLSC à la croisée des chemins

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301004ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301004ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bourque, D. (1988). La mise au pas tranquille des CLSC. *Nouvelles pratiques sociales*, 1(1), 43–58. <https://doi.org/10.7202/301004ar>

LES CLSC À LA CROISÉE DES CHEMINS

La mise au pas tranquille des CLSC

Denis Bourque
Organisateur communautaire
CLSC Seigneurie-de-Beauharnois

Les CLSC sont à la croisée des chemins. Non-parachèvement du réseau, Rapport Brunet, nouvelles orientations du MSSS à l'égard des CLSC, congrès d'orientation 1987 de la FCLSCQ : les années 1987-1988 auront été déterminantes pour l'avenir de ces établissements issus de la réforme socio-sanitaire du début des années 70.

Du Rapport Brunet, pierre angulaire de cette réforme, la ministre Lavoie-Roux dédaignera les recommandations relatives au parachèvement du réseau et à l'augmentation des budgets des CLSC, pour ne retenir que les propositions qui renforcent leur complémentarité avec les autres établissements, dans une perspective individuelle et médicale. Certes, la réforme Lavoie-Roux a le mérite de reconnaître le « contenant » CLSC, mais pour sauver le contenant, faut-il liquider le contenu ?

Le non-parachèvement du réseau des CLSC

En 1975, le réseau projeté des CLSC devait compter 210 établissements autonomes avec quelque 1 000 points de services (Parenteau, 1986; Bélanger, 1976). Or en 1981, soit presque dix ans après la création des premiers CLSC, moins de cent d'entre eux avaient été créés, ne desservant que la moitié de la population du Québec. Le MSSS décidait donc d'adopter, en 1981, une politique visant le parachèvement du réseau des CLSC (MAS, 1981). Cette politique fixait à 166 le nombre total des CLSC, chacun devant desservir en moyenne 40 000 personnes.

De 1982 à 1986, la création des nouveaux CLSC va bon train, à la faveur des transferts de personnel en provenance des Départements de santé communautaire (DSC) et des Centres de services sociaux (CSS). Mais quelques mois après sa nomination en février 1986, la ministre Lavoie-Roux impose un moratoire sur le parachèvement du réseau et remet en question l'implantation de plusieurs nouveaux CLSC pourtant annoncés officiellement par le précédent gouvernement. La décision finale de la ministre sera rendue publique en juillet 1987. À ce moment, 27 districts étaient toujours dépourvus de CLSC. La décision ministérielle fut la suivante : création de six CLSC autonomes en conformité avec leurs districts initiaux ; fusion de huit districts pour former quatre nouveaux CLSC ; fusion de six autres districts avec cinq CLSC déjà existants ; et fusion de six districts avec d'autres types d'établissement de services sociaux ou de santé.

Les conséquences de cette mesure sont multiples. Premièrement, le MSSS a augmenté de façon très importante le bassin de population desservi par chacun des CLSC visé par une fusion de districts, pour atteindre une moyenne supérieure à 100 000 personnes en milieu urbain. Dans le cas précis d'une triple fusion, le CLSC Côte-des-Neiges se retrouve avec une population de 125 000 personnes à desservir, dont 17,5 % ont plus de 65 ans. Ces données modifieront la facture institutionnelle des CLSC concernés qui deviendront des établissements aux dimensions considérables. Les tendances à la bureaucratie, à la centralisation et à la hiérarchie seront forcément présentes. D'ailleurs, la structure d'encadrement est déjà en mutation présentes. D'une part, des postes de cadre de niveau supérieur sont créés alors que, d'autre part, on ajoute un niveau inférieur d'encadrement soit celui d'adjoint à la coordination au maintien à domicile (Lambert, 1987).

Fusions et contrats de services : une menace pour le réseau

Une autre conséquence des mesures ministérielles réside dans la fusion, dans un premier temps, de six districts de CLSC dans d'autres types d'établissements. En effet, un peu comme s'il voulait tenter des expériences pilotes, le MSSS a décidé de confier des territoires de CLSC à quatre centres d'accueil d'hébergement, à un centre de services sociaux et à un centre hospitalier. Ces fusions ont été réalisées sans que ces établissements ne soient tenus de modifier leurs structures de conseil d'administration pour y inclure des représentants d'usagers des services communautaires. Une simple modification aux lettres patentes a permis à ces établissements d'offrir les services de première ligne en lieu et place des CLSC. Le précédent est donc créé et il n'est plus nécessaire d'être CLSC pour offrir les services de première ligne. Cette voie semble celle privilégiée par le MSSS. En effet, lorsqu'en mai 1988 des difficultés sont apparues dans la fusion de deux districts de CLSC pour n'en former qu'un seul, le MSSS a imposé la fusion à d'autres établissements. Ainsi le pré-CLSC Bordeaux/Cartierville est fusionné à un centre hospitalier, alors que le pré-CLSC Saint-Laurent l'est à un centre d'accueil d'hébergement. **Maintenant huit CLSC sont donc intégrés à d'autres établissements.**

Une autre expérience est également en cours à la faveur des mesures de parachèvement du réseau des CLSC. La ministre Lavoie-Roux a décidé de maintenir le CLSC du Vieux-Lachine dans un contexte où « ce dernier conclut un contrat de services avec la corporation du Centre d'accueil de Lachine, afin d'assurer au CLSC du Vieux-Lachine les services administratifs reliés à sa gestion courante » (Lavoie-Roux, 1987a :3). Dans l'esprit du conseil d'administration du CLSC du Vieux-Lachine, cela renvoyait à des contrats de services concernant les achats en commun, la comptabilité, le service de la paie, etc. Or lorsque le conseil d'administration a demandé l'autorisation d'ouvrir un poste de directeur général, le MSSS lui a indiqué que cette fonction serait définitivement confiée au directeur général du Centre d'accueil de Lachine. Comment peut-on qualifier d'autonome un établissement qui n'a pas le choix de son directeur général et, qui plus est, se voit imposer le directeur général d'un autre établissement? À propos de l'expérience de gestion en cours, ce directeur général déclarait d'ailleurs aux cadres du CLSC du Vieux-Lachine : « Québec a les yeux sur nous ».

Toutes ces mesures ont été prises parce que la ministre disait préférer investir dans les services plutôt que dans les structures. Cependant, la fusion avec un autre type d'établissement se traduit par une augmentation du traitement annuel du directeur général (15 000 \$ à Lachine) et par la création d'un poste de cadre supérieur de classe salariale 16 pouvant commander une rémunération allant jusqu'à 56 000 \$ par année (Québec, 1987). Le salaire maximum d'un directeur général de CLSC est de 62 000 \$ à la classe salariale 18. Il semble donc qu'il faille chercher ailleurs que dans les économies budgétaires l'intérêt réel du MSSS dans ce type de fusion. La prédisposition de ces établissements à accueillir favorablement la réforme des services des CLSC est peut-être ici davantage en cause.

Mais il est aussi possible de s'interroger sur l'avenir institutionnel des CLSC en place, particulièrement de ceux qui, en région, desservent de petites populations. Comme cela fut le cas des petits centres d'accueil, ce sera à la faveur du départ de son directeur général qu'un établissement se verra proposer, ou imposer, une fusion ou un contrat de services administratifs dont on connaît la portée. On peut craindre que les années à venir ne soient marquées par ce type de mesure qui, à terme, menacent le réseau des CLSC.

Dans un tel contexte, il est étonnant que la Fédération des CLSC (FCLSCQ) ait applaudi aux mesures présentées par le MSSS pour fermer le dossier du parachèvement du réseau des CLSC (Charlebois, 1987). **En fait, il n'y a pas eu de parachèvement véritable du réseau des CLSC.** Au contraire, on assiste à des expériences administratives et de gestion susceptibles de saper davantage ce réseau institutionnel. La FCLSCQ semble pratiquer la politique de l'autruche, elle qui avait pourtant publié en 1986 une étude sur les modèles de regroupements institutionnels où elle concluait : « le principal danger d'un tel modèle [la fusion], c'est que le réseau hospitalier ne draine les crédits affectés à la santé communautaire ceci au détriment du développement et de la consolidation des CLSC » (Lalonde, 1986 : 20). Il faudrait bien mal connaître la réalité des services sociaux et de santé pour croire qu'il s'agit ici d'une simple question de structures sans incidence sur les orientations et les pratiques professionnelles. Mais d'autres jalons de la réforme des CLSC auront, à court terme, davantage d'impact sur les services.

Le Rapport Brunet

En mars 1987, un an après sa création, le comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC remet son rapport. Il s'agit du Rapport Brunet, du nom du président du comité, et qui, fort de l'appui de la ministre Lavoie-Roux, se présente comme la nouvelle carte de route des CLSC (Roy, J., 1987). Essentiellement, le Rapport Brunet propose une réduction et une concentration des programmes, activités et services des CLSC. Ces derniers sont appelés à recentrer leur action autour de trois volets principaux : un programme de services médicaux et psycho-sociaux courants; un programme de maintien à domicile; et, enfin, quatre programmes spécifiques s'adressant respectivement aux enfants et familles à risques, aux jeunes en difficulté, aux adultes vivant des problèmes de santé mentale et, finalement, à une clientèle particulière au choix du CLSC. Les CLSC devront poursuivre les objectifs suivants: la réduction des inégalités par l'action auprès des groupes à risques, le maintien en milieu de vie naturel et la mise en place d'un minimum de services communs à tous les CLSC.

On a beaucoup écrit sur le Rapport Brunet et ses conséquences sur les CLSC. (Beauchamp, 1987; Biron, 1987; Bozzini et Forest, 1987; Dagenais, 1987; Fournier, 1987a et 1987b; Fortier, 1987; Lavoie, 1987; Rivest, 1987). Certains éléments sont jugés très positifs. Ainsi, la conception globale de la santé, mise de l'avant dans le rapport, met en évidence « que les conditions sociales et économiques sont fondamentales pour améliorer la santé et réduire les écarts entre les individus et les groupes ». On ajoute qu'il faut « qu'on tienne pour acquis que le social, l'économique et le sanitaire sont interreliés » (Brunet, 1987: 6).

Le rapport affirme aussi que la vocation originale des CLSC est d'une grande actualité et que, conséquemment, le parachèvement du réseau des CLSC doit se réaliser le plus rapidement possible. Enfin, le rapport reconnaît le problème chronique de la sous-budgétisation des CLSC. Il recommande l'allocation de nouveaux budgets pour l'ensemble des programmes en fonction d'indices socio-économiques, et en vue d'une répartition plus équitable pour les CLSC créés après 1981 « qui ont un budget de moitié inférieur à celui des CLSC implantés entre 1972 et 1977 et cela, même en dollars réels » (1987: 26).

Services individuels et approche curative

Cependant, de nombreux éléments du Rapport Brunet ont fait l'objet de réserves et de critiques. Parmi ces dernières, soulignons en premier lieu le fait que le comité Brunet n'a tenu aucune consultation et n'a pas rencontré d'individus ou de groupes dans le cadre de sa démarche qui, de l'aveu du comité, « repose avant tout sur l'expertise de ses membres et sur leur connaissance du réseau des CLSC » (1986 : IV).

Autre critique : les CLSC sont invités à investir plus auprès de moins de clientèles cibles. Mais le « plus » dont il est question renvoie surtout à plus de services individuels et curatifs avec un fort accent médical. Toujours au chapitre des critiques, notons que la réduction des activités relevant des CLSC ouvre la voie à un transfert vers le secteur privé de certains services abolis (cours prénatals, vaccination des voyageurs, etc.).

La problématique du renouvellement des pratiques professionnelles est absente du rapport. Les pratiques novatrices, l'intervention de groupe et l'intervention collective, risquent de céder le pas à la consultation individuelle, psycho-sociale ou médicale, omniprésente dans le rapport. La disponibilité des intervenants dans leur bureau, permettant de répondre en tout temps aux demandes de consultation, devient un véritable leitmotiv. L'accent est constamment mis sur les interventions individuelles d'évaluation, de dépistage et de traitement effectuées dans le cadre des services courants.

Cette orientation est fort différente de celle développée depuis quelques années au MSSS et à la FCLSCQ. Le débat entourant le transfert des responsabilités des CSS vers les CLSC avait mis en évidence la nécessité d'un renouvellement des pratiques. En 1984, le ministère écrivait que « le CLSC constitue un lieu propice au développement, au renouvellement et à l'adaptation continue des pratiques professionnelles des intervenants qui y œuvrent » (MAS, 1984 : 12). Les avenues de ce renouvellement passaient par l'obligation de « réconcilier et intégrer l'action individuelle et collective, les objectifs du changement personnel et du changement social » (Vaillant, 1983 : 15). Il était question d'un meilleur équilibre entre l'intervention en faveur du développement des personnes et l'intervention auprès des communautés ; de favoriser le regroupement des personnes ayant des problèmes en commun pour leur offrir « l'occasion de s'engager avec d'autres dans l'action sociale » (Vaillant, 1985 : 13) ;

et enfin de susciter un changement d'attitude des intervenants visant à aller « de l'empathie vers *un peu plus* de parti pris, de la sollicitude vers *un peu plus* de solidarité, de la neutralité à *un peu plus* d'engagement social » (1985 : 14). Ce registre de préoccupations est absent du Rapport Brunet.

En ce qui a trait à la prévention, le rapport précise que l'action devra porter sur le dépistage précoce et sur l'intervention auprès des individus à risques. Voilà exactement la définition de la prévention secondaire individuelle, c'est-à-dire celle qui agit **après** que certains symptômes se soient manifestés. Pour éviter l'apparition des problèmes, il faudrait agir sur les causes des problèmes, faire la promotion de la santé et améliorer les conditions sociales et de vie des usagers. Or c'est précisément ce que les CLSC sont appelés à **ne plus faire**. Ainsi, la prévention primaire et la promotion de la santé « seront laissées à d'autres instances mieux outillées que ce soit le MSSS, les DSC, les régies... » (Brunet, 1987 : 67).

Quant à l'action communautaire, elle devra se concentrer sur le support au démarrage et au fonctionnement des réseaux d'entraide. Finie l'action communautaire qui « suppose des interventions possibles dans les domaines du chômage, de l'aide sociale, du logement, des loisirs, de l'environnement... » (1987 : 65).

Deux conceptions du rôle des CLSC

Comment, avec de telles restrictions, réaliser le rôle même des CLSC, ainsi défini par le MSSS en 1977 :

Desservant un territoire bien délimité (le district), le CLSC vise, par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention, qui s'adressent à la communauté. [...] L'approche communautaire qui doit caractériser ces programmes permet au CLSC de s'attaquer aux causes réelles des problèmes auxquels fait face la population et lui permet ainsi de les prévenir (MAS, 1977 : 1-3).

Ce document d'orientation, intitulé *Rôles et fonctions des CLSC*, ajoute que les CLSC travaillent à l'amélioration de la santé, du milieu social et **des conditions de vie** des individus et des groupes. Cette conception du rôle des CLSC s'inscrit en continuité avec celle développée dès 1972 lorsque le ministère écrivait : « Par leur action directe sur les problèmes sociaux de cette collectivité, l'équipe du CLSC et la population qui le fréquente deviennent un élément dynamique de **développement social** » (MAS, 1972: 1).

Le document *Rôles et fonctions des CLSC* de 1977 est demeuré, jusqu'en 1987, le principal et le dernier texte précisant les orientations ministérielles à l'égard des CLSC. Comme le souligne Parenteau (1986), il y a eu subséquemment, en 1981, publication de la politique du ministère sur le parachèvement du réseau des CLSC et, en 1984, publication du cadre de partage des responsabilités CSS-CLSC. Or, comme ces deux derniers documents s'appuient sur le texte *Rôles et fonctions des CLSC*, nous devons conclure qu'il s'agit du « dernier texte d'orientations publié officiellement par le MSSS concernant les centres locaux de services communautaires » (1986 : 27). Or, de façon tout à fait étonnante, ce texte **n'est jamais mentionné dans le Rapport Brunet**.

Une explication possible de cet « oubli », réside dans les origines mêmes de ce texte de 1977. En effet, en 1974, le ministère commandait une première évaluation des CLSC. Une équipe-bilan a été mise sur pied et, en 1975, deux rapports ont été déposés. Le premier (Champoux **et al.**, 1975) représentait le point de vue d'une majorité de quatre des six membres de l'équipe-bilan. Un second rapport (Alary, Lesemann, 1975), minoritaire celui-là, se situait en rupture avec le premier, particulièrement quant à la dimension de l'action communautaire dans les CLSC. Selon Maurice Roy (1986), les CLSC se reconnaissaient davantage dans l'analyse et les perspectives d'avenir du rapport minoritaire. Par contre, le MSSS préférerait le rapport majoritaire parce qu'il proposait un cadre de référence plus traditionnel. Parmi les recommandations du rapport majoritaire, on note celle qui veut que les CLSC limitent leur action à des services généraux de nature principalement individuelle et curative.

Pour Parenteau (1986), c'est à la lumière de ce rapport majoritaire que le MSSS publiait, en juillet 1976, un document d'orientation intitulé *Perspectives à l'égard des centres locaux de services communautaires*. Le MSSS entendait ainsi clarifier les objectifs, la nature et les fonctions des CLSC. Ce document ministériel est



intéressant à plus d'un titre. Premièrement, il met l'accent sur la prestation de services médicaux et sociaux de type curatif, sur le maintien à domicile et sur des programmes visant à rejoindre des groupes à risques prioritaires. Le rôle dévolu aux CLSC est défini comme suit :

Accessible à toute heure du jour, sept jours par semaine, dans la plupart des cas, le CLSC doit être en mesure de répondre adéquatement à toute personne qui, selon l'expression populaire, a besoin de voir un médecin ou un travailleur social (MAS, 1976: 2).

À l'action communautaire, le document attribue spécifiquement le rôle de développer l'entraide et le bénévolat.

Le CLSC doit aussi aider à développer chez chacun des résidents de son district une plus grande prise de conscience de l'importance de sa santé et de celle des autres et de l'obligation de s'entraider. L'action communautaire peut jouer un rôle primordial à cet égard (1976: 3).

Sur plusieurs points, la similitude est frappante entre le Rapport Brunet et le document d'orientation de 1976, à telle enseigne que l'on peut presque qualifier le Rapport Brunet de « remake » du premier document. Cela n'est pas très surprenant lorsque l'on sait que le docteur Brunet était, à l'époque, sous-ministre aux Affaires sociales et qu'à ce titre il a été directement associé à la nomination des membres de l'équipe-bilan de 1975 et surtout à la publication de *Perspectives à l'égard des CLSC*.

Or, en 1976, ce document a suscité une forte réaction de la part des CLSC et de leur Fédération qui y percevaient une réorientation majeure des CLSC menant à une remise en question des objectifs de la réforme (Parenteau, 1986). Les principales divergences avaient trait à la définition même du CLSC, à la conception de sa mission et de son rôle, à la nomenclature des activités et des programmes, à l'autonomie des conseils d'administration et enfin, au rôle de l'action communautaire. Selon Parenteau (1986) et la FCLSCQ¹, ce serait le changement de gouvernement survenu en

1. Dans une page d'avertissement en avant-propos au texte **Rôles et fonctions des CLSC** par la FCLSCQ, cette dernière affirme : « À la suite du changement de gouvernement, les deux textes : *Perspectives à l'égard des centres locaux de services communautaires* et la contre-proposition de la FCLSCQ furent travaillés conjointement par les fonctionnaires du MAS et la Fédération pour en arriver à un texte unique : **Rôles et fonctions des Centres locaux de services communautaires** qui constitue à l'heure présente l'ensemble des sujets sur lesquels il y a point de vue commun ».

novembre 1976 qui aurait permis qu'un nouveau document d'orientation soit réalisé conjointement par les fonctionnaires du MAS et des représentants de la Fédération des CLSC. Une autre hypothèse permettrait plutôt de croire que l'opposition et la combativité déployées par les CLSC et leur Fédération face au premier document auraient obligé le MSSS à revoir la question.

C'est ainsi que fut publié, en 1977, *Rôles et fonctions des CLSC*, demeuré jusqu'en 1987 le principal et le dernier texte d'orientations ministérielles à l'égard des CLSC. Mais, actuellement, la ministre Lavoie-Roux est en train de modifier les rôles et les fonctions des CLSC, dans le sens proposé par le Rapport Brunet et le document tant décrié de 1976.

Les nouvelles orientations du MSSS envers les CLSC

Depuis le début de 1988, la ministre Lavoie-Roux promet de déposer, au Conseil des ministres, les nouvelles orientations qu'elle entend donner aux CLSC. Ce document n'étant pas encore disponible, c'est à la pièce que se dessine l'avenir des CLSC. S'inspirant largement du Rapport Brunet, ces nouvelles orientations vont cependant encore plus loin sur certaines questions. En ce qui a trait à la programmation de base des CLSC, le Rapport Brunet recommandait que les CLSC évaluent leur programmation et l'ajustent aux priorités proposées, alors que le MSSS était invité à appuyer les CLSC dans le réalignement des programmes actuels. La ministre a plutôt choisi d'inverser le processus : le MSSS statuera sur les cadres de référence que les CLSC auront à appliquer, cela « afin de délimiter d'une façon plus claire et plus restreinte leurs champs d'activités, pour définir avec plus de précisions le contenu de leurs programmes » (Lavoie-Roux, 1987c : 11). Ainsi, au cours de l'année 1988, des programmes-cadres pour les CLSC seront définis par Québec. Par ailleurs, la ministre ajoute que le programme spécifique adopté localement par chaque CLSC devra être soumis pour approbation au CRSSS et elle apporte les limites suivantes :

Certains territoires peuvent présenter des caractéristiques qui justifient, au plan local, la mise sur pied d'un programme à l'intention d'un groupe particulier. Cette porte vous demeure ouverte mais même là, vous devrez vous inscrire dans les orientations préconisées (Lavoie-Roux, 1987b : 8).

D'autre part, la ministre reprend à son compte les balises imposées à l'action communautaire et à la prévention dans les CLSC. Cependant, elle ne retient ni la recommandation concernant le parachèvement du réseau des CLSC, ni celles relatives aux augmentations de budgets. À ce chapitre, elle invite plutôt les CLSC à effectuer des réaffectations internes rendues possibles puisque « certaines activités devront être remises à d'autres ressources du milieu ou carrément abandonnées » (Lavoie-Roux, 1987b: 8).

La réforme Lavoie-Roux semble poursuivre l'objectif fondamental de mettre résolument les CLSC au service des priorités du MSSS et de son réseau d'établissements spécialisés. Les enjeux de cette réforme renvoient à l'avenir de la prévention, de l'action communautaire, du renouvellement des pratiques, de l'adaptation aux problématiques locales et même à l'existence juridique des CLSC. Au-delà de ces questions, c'est la mission même des CLSC qui est en cause. D'un établissement orienté vers la réponse aux besoins de son milieu, en privilégiant l'action préventive et communautaire, en agissant sur les conditions de vie et en s'attaquant aux causes des problèmes tout en favorisant leur prise en charge collective, nous passons à un établissement qui doit, selon la ministre :

En arriver à s'ouvrir davantage aux autres établissements afin de devenir un maillon essentiel du réseau de services [...] en visant la complémentarité et l'arrimage efficace des CLSC dans le système de distribution des soins et des services sociaux (1987b: 17; 1987c: 1).

Les grandes politiques de désinstitutionnalisation, de non-institutionnalisation, de désengorgement des urgences, de compressions budgétaires, etc., menacent la mission spécifique des CLSC. L'alourdissement des clientèles dans le système public a provoqué des débordements successifs dont écopent les CLSC (et en bout de ligne les ressources communautaires). À ce sujet, Lesemann (1988) souligne avec justesse :

C'est à mon avis le sens ultime du rapport Brunet qui certes recommande la consécration des CLSC — quoi d'étonnant, le système dans sa logique d'écluse en a besoin! — à la condition que ceux-ci soient encore plus pointus, plus disciplinés dans le sens de la complémentarité, c'est-à-dire de la subordination et de la subsidiarité (1988: 3).

Un courant d'opposition

Dans un tel contexte, on peut se demander pourquoi la FCLSCQ ne s'est pas opposée au Rapport Brunet, au non-parachèvement du réseau et aux nouvelles orientations du MSSS à l'endroit des CLSC. À la première question, il faut savoir que la FCLSCQ, par l'intermédiaire de son directeur des programmes, est cosignataire du Rapport Brunet. Quant au non-parachèvement, les rumeurs relatives à un possible démantèlement du réseau ont rendu facile l'acceptation de mesures qui ne sacrifiaient qu'une vingtaine de territoires sur 166. Enfin, les nouvelles orientations du MSSS sont sans doute perçues comme le prix à payer pour la poursuite de l'existence des CLSC. C'est essentiellement la conclusion de Bozzini et Forest (1987) pour lesquels la réforme Lavoie-Roux, malgré ses aspects négatifs, « a confirmé le droit de cité des CLSC, ce qui n'est pas mince ».

Mais ce droit de cité est précisément ébranlé par la réforme des CLSC. En outre, la question est de savoir si, pour sauver le contenant CLSC, il faudrait en liquider le contenu.

Aussi, existe-t-il parmi les gestionnaires et le personnel des CLSC, un courant non organisé mais réel qui s'oppose à des degrés divers à la réforme en cours. De nombreuses personnes ont exprimé leurs réserves sur cette réforme lors du congrès d'orientation de la FCLSCQ en novembre 1987. Maurice Roy, directeur général d'un CLSC et conférencier à ce congrès, s'est mérité les applaudissements de la salle lorsqu'il a affiché son désaccord avec le Rapport Brunet, sur les questions de la prévention et de l'action communautaire en CLSC. Peu de temps après, le CLSC Le Partage-des-Eaux faisait parvenir à tous les CLSC une lettre ouverte critiquant l'orientation des résolutions adoptées à ce congrès sur recommandation de la FCLSCQ. Ces résolutions reprennent en effet les grandes orientations de la réforme Brunet—Lavoie-Roux. L'opposition s'est manifestée encore davantage, en janvier 1988, au colloque de la FCLSCQ sur l'approche communautaire et au colloque sur la jeunesse, en mai dernier.

Le Rapport Rochon aussi prend ses distances sur la question de la réduction des programmes et des services au cœur de la réforme. Au contraire, il recommande que les CLSC maintiennent une plus grande accessibilité aux services socio-sanitaires en développant plus d'un programme propre à leur milieu grâce à : « une

plus grande latitude aux CLSC quant à la création de programmes précis et locaux » (Québec, 1988: 522). Cette prise de position de la Commission Rochon devrait stimuler le courant d'opposition à la réforme et faire en sorte que les critiques qui s'expriment trop souvent en privé, surtout chez les gestionnaires, soient enfin livrées au grand jour.

C'est une responsabilité du personnel des CLSC que de soulever des questions sur ce virage élaboré en haut lieu en l'absence de consultations et de débats publics. Les intervenants communautaires l'ont fait à l'occasion d'un colloque provincial tenu en mai dernier.

Cela est d'autant plus important que même la ministre reconnaît la position stratégique des ressources humaines en CLSC :

C'est avec elles et par elles que s'effectuera le virage. C'est la capacité et la volonté de chacun des intervenants à s'adapter à cette nouvelle réalité qui feront que les nouvelles orientations préconisées seront une réussite ou un échec (Lavoie-Roux, 1987b: 14).

Ce que la ministre oublie de mentionner, c'est la position également stratégique des citoyens, des usagers et des groupes communautaires dans l'application de cette réforme. S'ils n'ont pas été consultés dans l'élaboration des nouvelles orientations préconisées pour les CLSC, ils doivent être informés des enjeux et de l'impact des changements en cours. Une des conditions pour cela réside dans l'existence et la vitalité d'un débat public sur la question. C'est à cette tâche que veut souscrire la présente contribution.

Bibliographie

ALARY, J. et LESEMANN, F. (1975). *Opération Bilan, Rapport de l'équipe-bilan, Études des dimensions sociale et communautaire*, Montréal, École de service social, Université de Montréal.

BEAUCHAMP, Gilles (1987). « Un réseau inachevé, un mandat esquinté », *Inter-action, Bulletin de Liaison en Organisation et Travail Communautaire en CLSC*, vol. 1, no 2, Montréal, pp. 5- 6.

BÉLANGER, Jean-Pierre (1976). *Projet ministériel d'accélération du développement des CLSC: premières réactions*, Fédération des CLSC, Montréal.

- BIRON, Lucie (1987). « La couleur d'un CLSC », *Le Bulletin national*, vol. 6, no 2, Mouvement socialiste, Montréal, p. 16.
- BOZZINI, Luciano et FOREST, Pierre-Gerlier (1987). « La réforme Lavoie-Roux des CLSC. La mission de prévention ne doit pas être négligée », *Le Devoir*, Montréal, 16 mai 1987.
- BRUNET, Jacques **et al.** (1987). *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, MSSS, Québec.
- CHAMPOUX, L., CHOINIÈRE, N., CUSTEAU, D. et PINEAULT, R., (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC au Québec*, Montréal.
- CHARLEBOIS, Maurice (1987). « Une étape cruciale est enfin franchie », *Fédé express*, vol.10, no 8, FCLSCQ, Montréal.
- DAGENAIS, Lucie (1987). « La négation du communautaire », *Le Bulletin national*, vol. 6, no 2, Mouvement socialiste, Montréal, pp. 19-20.
- FORTIER, Jean (1987). « Participation : la porte étroite », *Le Bulletin national*, vol. 6, no 2, Mouvement socialiste, Montréal, p.17.
- FOURNIER, Jacques (1987a). « Vers une certaine 'normalisation' », *Le Bulletin national*, vol. 6, no 2, Mouvement socialiste, Montréal, p. 18.
- FOURNIER, Jacques (1987b). « Réaction au rapport Brunet » *Interaction*, Bulletin de Liaison en Organisation et Travail Communautaire en CLSC, vol. 1, nos 3 et 4, Montréal, p. 6.
- LALONDE, Carole (1986). *Éléments de réflexion sur certains modèles de regroupement institutionnel*, FCLSCQ, Montréal.
- LAMBERT, Pierrette (1987). *Organisation des services : modèle organisationnel proposé*, CSSSRMM, Montréal.
- LAVOIE, Jocelyne (1987). « Réflexions sur les conclusions du Rapport Brunet en regard de l'action communautaire », *Inter-action*, Bulletin de Liaison en Organisation et Travail Communautaire en CLSC, vol. 1, nos 3 et 4, Montréal, pp. 3-5.
- LAVOIE-ROUX, Thérèse (1987a). *Lettre à monsieur Claude Farah-Lajoie, président du conseil d'administration du CRSSS Montréal métropolitain*, Objet : Parachèvement du réseau des services de première ligne, Québec, MSSS, le 9 juillet 1987.

LAVOIE-ROUX, Thérèse (1987b). *Discours de madame la ministre Thérèse Lavoie-Roux au congrès de la Fédération des CLSC du Québec*, 27 novembre 1987, MSSS, Québec.

LAVOIE-ROUX, Thérèse (1987c). *Texte de présentation de la conférence de presse de la ministre de la Santé et des Services Sociaux sur le rapport Brunet*, le 29 avril 1987, MSSS, Québec.

LESEMANN, Frédéric. (1988), *Quelle « approche communautaire » ?* communication au colloque de la FCLSCQ sur l'approche communautaire le 14 janvier 1988, École de service social, Université de Montréal.

MAS (1976). *Perspectives à l'égard des CLSC*, Québec.

MAS (1977). *Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires*, Québec.

MAS (1981). *Le réseau des CLSC au Québec : un parachèvement qui s'impose. Politique du ministère des Affaires sociales*, MAS, Québec.

MAS (1984). *Le partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux*, juin 1984, Québec.

PARENTEAU, Fernand (1986). *Historique, actualité et avenir des CLSC*, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Direction des services communautaires, octobre 1986, MSSS, Québec.

QUÉBEC (1987). *Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des Affaires sociales*, Québec.

QUÉBEC (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Publications du Québec, Québec.

RIVEST, Louis (1987). « Quand le « local » en prend pour son rhume », *Le Bulletin national*, vol. 6, no 2, Mouvement socialiste, Montréal, p. 15.

ROY, Jacques (1987). « Le rapport Brunet, nouvelle carte de route des CLSC », *Santé Société*, vol. 9, no 3, MSSS, Québec, pp. 3-4.

ROY, Maurice (1986). *Les CLSC, ce qu'il faut savoir*, Éditions Saint-Martin, Montréal.

VAILLANT, Jeanne-d'Arc (1983). *La pratique sociale de demain au Québec*, allocution d'ouverture au congrès interrégional de la Corporation des travailleurs sociaux du Québec, le 21 octobre 1983.

VAILLANT, Jeanne-d'Arc (1985). *La contribution des milieux de formation et de recherche au renouvellement des pratiques sociales du point de vue du ministère des Affaires sociales*, notes d'intervention devant les membres du département de travail social de l'UQAM, 3 avril 1985.