

Recherches sociographiques



Le système gouvernétique des C.L.S.C.

Vincent Lemieux and Pierre Labrie

Volume 20, Number 2, 1979

Les politiques et l'état

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055837ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055837ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lemieux, V. & Labrie, P. (1979). Le système gouvernétique des C.L.S.C. *Recherches sociographiques*, 20(2), 149–171. <https://doi.org/10.7202/055837ar>

Article abstract

Par système gouvernétique on entend l'ensemble des intervenants qui tentent de réguler les activités des C.L.S.C. à partir de finalités plus ou moins conflictuelles. L'article porte sur les trois principaux débats où ont été impliqués ces intervenants depuis le début des années soixante-dix. La dernière partie montre quelle est la structure de l'influence qui relie les intervenants, et comment elle s'est actualisée à l'occasion de chacun des trois débats.

LE SYSTÈME GOUVERNÉTIQUE DES C.L.S.C.

Par système gouvernétique on entend l'ensemble des intervenants qui tentent de réguler les activités des C.L.S.C. à partir de finalités plus ou moins conflictuelles. L'article porte sur les trois principaux débats où ont été impliqués ces intervenants depuis le début des années soixante-dix. La dernière partie montre quelle est la structure de l'influence qui relie les intervenants, et comment elle s'est actualisée à l'occasion de chacun des trois débats.

Le but de cet article est d'examiner, dans une perspective gouvernétique, la régulation des activités des Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), implantés au Québec en vertu de la loi 65 (1971, chapitre 48), sanctionnée le 24 décembre 1971. Par perspective gouvernétique¹ nous entendons la cybernétique adaptée à l'étude des phénomènes sociaux par la place centrale qui est faite aux relations d'influence dans la régulation des opérations d'un système.² Dans cette perspective, l'information régulatrice ne coule pas sans contrainte d'un poste du système à l'autre, mais elle est toujours le siège de bruits, de distorsions, de manipulations voulues ou non par les acteurs, qui réussissent ou non à influencer, selon leurs préférences, d'autres acteurs.

Après avoir établi, d'un point de vue gouvernétique, le système des C.L.S.C., nous étudierons les trois principaux débats qui s'y sont produits de 1971 à 1977, pour proposer enfin un début d'analyse de la structure des relations d'influence entre les principaux intervenants.

1. Le terme «gouvernétique» se trouve dans: Aurel DAVID, *La cybernétique et l'humain*, Paris, Gallimard, 1965, p. 181.

2. À ce propos, voir: Réjean LANDRY et Vincent LEMIEUX, «L'analyse cybernétique des politiques gouvernementales», *Revue canadienne de science politique*, XI, 3 septembre 1978: 529-544.

A) *Le système gouvernétique des C.L.S.C.*

Il est toujours délicat de fixer les frontières d'un système. Dans le système gouvernétique des C.L.S.C., nous comprendrons ici les acteurs dont la recherche a révélé qu'ils avaient influencé de façon significative la régulation des activités des C.L.S.C. au cours des trois moments qui ont fait l'objet de l'analyse: la création des C.L.S.C., leur remise en question, et la décentralisation d'une partie de leur régulation aux mains des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.).

Voici la liste des acteurs que nous avons retenus et qui constituent les postes ou les composantes du système gouvernétique des C.L.S.C. Les autres acteurs dont il sera question seront considérés comme faisant partie de l'environnement du système gouvernétique des C.L.S.C. Les neuf acteurs du système sont donc les suivants:

1. Le Ministère des affaires sociales (M.A.S.) qui est le principal régulateur des C.L.S.C., organismes qui disposent d'une certaine autonomie par rapport à lui.
2. Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.). Nous verrons comment le M.A.S. a décentralisé entre leurs mains la régulation de certaines activités des C.L.S.C.
3. Les C.L.S.C. eux-mêmes qui, jouissant d'une certaine autonomie par rapport au M.A.S. et aux C.R.S.S.S., ont compétence pour réguler certaines de leurs activités.
4. Les députés de l'Assemblée nationale, et en particulier certains députés du parti ministériel (alors le Parti libéral du Québec), qui ont joué un rôle dans la remise en question des C.L.S.C.
5. Le ministre des affaires sociales, défini par une double appartenance (au M.A.S. et au parti ministériel), dont on verra qu'il a joué un rôle significatif au moment de la décentralisation.
6. Des organisations de professionnels de la santé et des services sociaux, en particulier la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.), qui ont été actives au moment de la création des C.L.S.C. et surtout au moment de leur remise en question.
7. L'équipe Bilan, créée par le M.A.S. en 1975, pour évaluer les C.L.S.C. et dont les deux rapports, l'un majoritaire et l'autre minoritaire, ont cherché à influencer le M.A.S. dans sa régulation des C.L.S.C.
8. La population, faite d'usagers, de groupes de citoyens, etc., qui est toujours susceptible d'influencer la régulation des C.L.S.C.
9. La Fédération des C.L.S.C. (F.C.L.S.C.) qui, comme son nom l'indique, regroupe les C.L.S.C. existants et qui a joué un certain rôle depuis sa création en 1975.

Pour les fins de l'analyse, ces acteurs seront considérés comme des composantes du système, qui pourront elles-mêmes être décomposées en sous-composantes d'un niveau inférieur (ainsi, la population se décompose en usagers, groupes de citoyens, etc.; le M.A.S. se décompose en directions générales, etc.). D'autres sous-composantes sont en fait des espèces d'inter-composantes, dans la mesure où elles sont définies par intersection de deux postes: par exemple, le ministre des affaires sociales appartient à la fois au parti ministériel et au Ministère des affaires sociales, le directeur général d'un C.L.S.C. appartient à la fois au C.L.S.C. et à la Fédération des C.L.S.C., etc.

Entre les différents acteurs que nous venons d'identifier coulent des flux d'information ou de matière-énergie qui représentent, d'un point de vue systémique, leurs activités. Les activités des C.L.S.C. attirent tout spécialement notre attention puisqu'elles font l'objet des régulations qui nous intéressent ici. Quatre types de flux seront distingués:³

1. Les flux de ressources humaines, ou de *personnes*, faites indissociablement de matière-énergie et d'information, et qui sont à la source de toutes les autres ressources. Les personnes qui coulent d'une composante à l'autre peuvent demeurer ou non en intersection avec leur composante d'origine.
2. Les flux de ressources financières, ou de *monnaie*, de nature matérielle, mais qui comportent de l'information, en particulier sur ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas.
3. Les flux de *services*, c'est-à-dire de matière-énergie et d'information, reliés aux personnes qui les fournissent, à la différence d'autres flux matériels-énergétiques ou informationnels qui peuvent être détachés des personnes.
4. Les flux d'*information*, celle-ci étant entendue comme un rapport structuré, et non soumis aux lois de conservation de l'énergie, entre les phénomènes, et en particulier entre les flux ou les postes du système.

À ces flux qui permettent de définir les « communications » du système, nous ajouterons les flux d'*influence*, ou les influences tout court. L'influence peut être définie comme une communication à propos des « communications », c'est-à-dire comme métacommunication⁴ qui fait qu'une communication entraîne ou non une autre communication.⁵

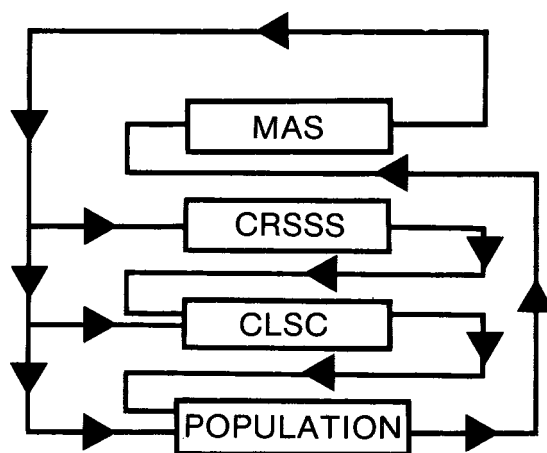
3. Nous nous en tenons ici aux flux qui sont pertinents pour la gouverne des C.L.S.C., c'est-à-dire qui font l'objet d'influences qui seront traitées dans la suite de l'article.

4. Cette notion de l'influence est tirée de: Jorgen RUESCH et Gregory BATESON, *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, New York, Norton, 1968, p. 179; ainsi que de: Paul WATZLAWICK et al., *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972, pp. 49-50.

5. C'est la définition que donne du pouvoir John T. DORSEY jr. dans: « A communication model for administration », *Administrative Science Quarterly*, II, 3, 1957, p. 310.

Les flux de ressources arrivent à certaines composantes du système ou en sortent. Ils forment ainsi des sous-systèmes⁶ à l'intérieur du système gouvernementique. Par exemple, le sous-système des flux de monnaie regroupe le M.A.S., les C.R.S.S.S., les C.L.S.C. et la population, et peut être illustré de la façon suivante :

GRAPHIQUE 1



Sous-système des flux de monnaie.¹

¹ Les entrées des postes sont situées à gauche et les sorties à droite.

Le M.A.S. reçoit de la monnaie de la population (par l'intermédiaire d'autres organismes gouvernementaux, dont le Ministère du revenu, le Ministère des finances et le Conseil du trésor) et en donne à la population, aux C.R.S.S.S. et aux C.L.S.C. Ceux-ci reçoivent maintenant un peu d'argent des C.R.S.S.S., par suite de la décentralisation dont nous traiterons plus loin, et en donnent à la population sous forme d'achat de biens et services.

On pourrait montrer que le sous-système des services est lui aussi relativement simple mais que le sous-système des personnes, et surtout celui de l'information, sont beaucoup plus compliqués.

6. La distinction entre composantes et sous-systèmes d'un système est tirée de : James G. MILLER, « Living systems : basic concepts », *Behavioral Science*, X, juillet 1965 : 193-237.

Les sous-systèmes sont liés les uns aux autres par les transformations des intrants en extrants qui sont opérées aux différents postes du système. Ainsi les C.L.S.C. transforment leurs intrants de personnes, de monnaie et d'information en extrants de services à la population. Le M.A.S. transforme ses propres intrants de personnes, de monnaie et d'information en extrants d'information dirigés vers les C.L.S.C., etc.

De notre point de vue, les flux d'information ont ceci de particulier qu'en plus de constituer avec les autres flux le substrat du système, ils servent aussi à la gouverne, c'est-à-dire à la définition des finalités du système et à la régulation de ses activités selon ces finalités. Nous considérons l'information qui sert à la gouverne comme influence, celle-ci ayant été définie plus haut comme une communication à propos des « communications » d'autres flux (personnes, monnaie, services ou information, dans notre cas). Il y a influence positive de A sur B quand une de ces communications dont B est l'émetteur ou le récepteur se fait conformément aux préférences de A, et il y a influence négative quand les préférences de A ne sont pas efficaces dans sa communication d'influence avec B. Par exemple, si les C.L.S.C. demandent des budgets supplémentaires (flux de monnaie) au M.A.S. et réussissent à les obtenir, il y a influence positive, c'est-à-dire métacommunication efficace auprès du M.A.S. à propos des communications de monnaie. Mais si cette demande n'est pas acceptée par le M.A.S., il y a influence négative des C.L.S.C. auprès du M.A.S.⁷

B) *La création des C.L.S.C.*

Le premier débat qui retiendra notre attention porte sur la création même des C.L.S.C. Dans sa phase publique, il se déroule principalement à la Commission des affaires sociales et à l'Assemblée nationale, vers la fin de 1971, à l'occasion des discussions autour du projet de loi 65 sur l'organisation des services de santé et des services sociaux.

La proposition de créer des C.L.S.C. vient de la commission d'enquête Castonguay-Nepveu qui voyait en eux la porte d'entrée sur le réseau des autres établissements de santé et de services sociaux, ceux qu'on nomme maintenant les centres hospitaliers, les centres de services sociaux et les centres d'accueil. Cette conception des C.L.S.C., comme devant fournir les services de première ligne, se retrouve dans la première version du projet de loi 65, préparée sous la direction de l'ancien président de la commission d'enquête, Claude Castonguay, devenu ministre des affaires sociales, à l'issue des élections provinciales du 29 avril 1970. Plusieurs des principaux collaborateurs du ministre ont d'ailleurs travaillé avec lui, à un titre ou à un autre, au moment de la commission Castonguay-Nepveu.

7. Sur ces notions, voir : Vincent LEMIEUX, *Le patronage politique*, Québec, Les presses de l'Université Laval, 1977, pp. 20-22.

Dans la première version du projet de loi, le C.L.S.C. est ainsi défini : « Un établissement qui, sur une base locale, assure à la communauté des services d'action sanitaire et sociale, reçoit les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, les conseille ou les dirige vers les autres institutions les plus aptes à leur venir en aide et, si nécessaire, leur prodigue les services de santé ou les services sociaux courants. » (Article 1, paragraphe f.) On voit que les notions de porte d'entrée sur le réseau et de services de première ligne se retrouvent dans cette définition qui, dans nos termes, pose le poste (ou la composante) C.L.S.C. et le définit par les extrants de services qu'il fournit.

Plus loin dans le projet de loi (à l'article 49), la composition des conseils d'administration des C.L.S.C. est donnée. Ce conseil est formé des dix personnes suivantes :

- cinq personnes élues par la population du territoire desservi par le centre ;
- une personne nommée par l'Office régional des affaires sociales (prévu ailleurs dans le projet de loi) ;
- une personne nommée par les professionnels exerçant dans le centre ;
- une personne nommée conjointement par les conseils d'administration des centres hospitaliers auxquels le C.L.S.C. est rattaché par un contrat de services ;
- une personne nommée de la même façon par les conseils d'administration des centres de service social auxquels le C.L.S.C. est rattaché par un contrat de services ;
- le directeur général du C.L.S.C.

Les flux de personnes venant de différentes composantes vers le conseil d'administration des C.L.S.C. sont donc précisément définis. Le projet de loi comporte aussi des dispositions générales sur les activités ou fonctions du directeur général et du conseil d'administration. Mais les intervenants à la commission parlementaire et à l'Assemblée nationale allaient s'attacher surtout aux deux aspects des C.L.S.C. auxquels le projet de loi donnait une certaine prééminence, soit le poste même de C.L.S.C. parmi les autres postes du réseau, et la composition en ressources humaines du conseil d'administration des C.L.S.C.

Nous nous limiterons ici aux intervenants que nous avons retenus comme faisant partie du système de gouverne des C.L.S.C., en signalant tout au plus quelques autres interventions d'acteurs de l'environnement, qui semblent avoir exercé une certaine influence sur les acteurs du M.A.S. qui prépareront, à l'issue des travaux de la commission parlementaire, une version modifiée du projet de loi. Les positions prises par les intervenants peuvent être considérées comme de la rétroaction par anticipation sur une composante projetée, celle

des C.L.S.C., ou sur certains sous-systèmes pertinents à cette composante. Les intervenants cherchent ainsi à modifier le système de gouverne des C.L.S.C., commandé par le M.A.S., même si ce système n'est encore que de l'ordre des représentations ou du projet.

Le débat à la commission parlementaire a porté surtout sur les personnes au conseil d'administration des C.L.S.C. et il a tenu, somme toute, peu de place par rapport au débat sur les offices régionaux et les centres hospitaliers. Il y a d'abord des groupes, qu'on peut considérer comme faisant partie de la population, qui demandent que les représentants de la population soient majoritaires (ils sont cinq sur dix dans le projet de loi). C'est la position tenue par la Clinique médicale de la Petite-Bourgogne et par la Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles, de même que par le Comité de citoyens pour l'hôpital Saint-Henri. C'est aussi la position de la C.S.N. (Confédération des syndicats nationaux) qui demande en plus que les salariés des établissements soient représentés aux conseils d'administration de ces établissements.

Les groupes de médecins se préoccupent plutôt de la place et de la situation des médecins à l'intérieur des C.L.S.C., ou plus généralement de l'existence même des C.L.S.C. (comme composante dans le système des établissements où œuvrent des médecins). La F.M.O.Q. (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), en plus d'insister sur la nécessité qu'il y ait des travailleurs de la santé aux conseils d'administration des C.L.S.C., demande qu'un conseil des médecins et dentistes soit formé dans les C.L.S.C., quand la dimension le permettra. Lors des discussions en commission parlementaire, le président de la F.M.O.Q. se montre soucieux de la situation qui pourrait être faite aux médecins travaillant dans les C.L.S.C. par rapport à ceux qui travaillent en cabinet privé. La F.M.O.Q. s'oppose aux contrats qui pourraient être établis entre des médecins et le M.A.S. Elle veut plutôt négocier avec celui-ci.

Mais c'est la F.M.S.Q. (Fédération des médecins spécialistes du Québec), à laquelle le M.A.S. s'était buté lors des négociations sur l'assurance-maladie,⁸ qui allait s'attaquer le plus fortement aux C.L.S.C. Déjà la F.M.S.Q. s'inquiète d'un certain activisme qui semble régner dans les premiers C.L.S.C. en voie d'implantation. Elle s'inquiète aussi du pouvoir que des groupes radicaux pourraient exercer à l'intérieur de ces établissements. Comme la F.M.O.Q., elle insiste sur la création d'un conseil des médecins et dentistes vraiment responsable et sur la nécessité de négocier, sur le plan provincial, les conditions de travail et de rémunération des médecins et dentistes. Contrairement au ministre des affaires sociales, la F.M.S.Q. voit la plupart des C.L.S.C. comme temporaires et elle tente de les discréditer. Le président de la F.M.S.Q. déclare :

8. À ce sujet, voir : Malcolm G. TAYLOR, « Quebec medicare: policy formulation in conflict and crisis », *Administration publique du Canada*, XV, 2, été 1972: 211-250.

« Nous disons très fortement que nous les croyons nécessaires en milieu urbain défavorisé ; nous les croyons nécessaires en milieu rural, mais nous les croyons nécessaires de façon temporaire. »⁹

Le président de la F.M.S.Q. exprime aussi des doutes sur les avantages financiers que comporterait la création des C.L.S.C. Ce à quoi le ministre des affaires sociales répond :

« Si nous ne construisons pas les centres locaux de services communautaires, nous allons devoir construire des hôpitaux qui coûtent encore plus cher [...] Nous n'avons pas d'analyses [...] de ce que pourraient être les demandes et les coûts, si nous voulions continuer de satisfaire à la demande d'après les modes actuels et ce qu'ils seraient, si nous déplaçons vers les centres locaux de services communautaires une certaine partie de cette demande. Mais nous sommes convaincus que les coûts vont être inférieurs. »¹⁰

Les partis politiques ont aussi participé quelque peu au débat sur les C.L.S.C. De façon générale, l'Union nationale (alors rebaptisée Unité-Québec) et le Ralliement créditiste ne voyaient pas l'utilité de consacrer beaucoup de ressources aux C.L.S.C., alors que le Parti québécois tenait plutôt des positions assez conformes à celles du rapport Castonguay-Nepveu, à l'égard desquelles le M.A.S. était un peu en retrait. Le Parti libéral ne dérogea guère, à ce moment, des positions tenues par le ministre Castonguay.

La deuxième version du projet de loi, qui fut adoptée à quelques petites modifications près par l'Assemblée nationale, ne changeait à peu près pas la définition des C.L.S.C.¹¹ La loi, telle qu'adoptée, ajoutait quatre personnes au conseil d'administration : deux nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil (c'est-à-dire par le parti ministériel) parmi la population du territoire desservi par le C.L.S.C., une élue par le personnel non clinique du centre et une élue par le conseil des médecins et dentistes constitué dans le centre et choisie parmi les membres de ce conseil.¹² De plus, les cinq représentants de la population étaient désormais élus par les usagers du C.L.S.C., ceci pour des raisons techniques, semble-t-il.

Le M.A.S. ne cédait pas aux demandes voulant que les représentants de la population soient majoritaires au conseil d'administration ; le parti ministériel se réservait même le droit de nommer deux membres. Par contre, il accordait aux syndicats, d'une part, et aux fédérations de médecins, d'autre part, un membre de plus : le non-professionnel et le représentant du conseil des

9. *Débats de la commission parlementaire des Affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec*, 1971, B-4456.

10. *Id.*, B-4458. Cette conviction du ministre est fondée sur certains chiffres établis par la commission Castonguay-Nepveu.

11. Au lieu d'un « établissement » on parlait d'une « installation autre qu'un cabinet privé de professionnel ». Quelques nuances étaient aussi apportées au reste de la définition.

12. Au lieu d'une personne nommée par les professionnels, la loi prévoyait une personne élue par le conseil consultatif du personnel clinique constitué dans le centre, et choisie parmi les membres de ce conseil.

médecins et dentistes. Ce conseil était de plus constitué à l'intérieur des C.L.S.C., comme le voulaient les fédérations de médecins.

Ce premier débat porte donc surtout sur le sous-système des personnes et, plus précisément, sur la composition du conseil d'administration des C.L.S.C., même si les associations de médecins sont déjà sensibles au sous-système du financement et à celui des services. La régulation proposée par les intervenants se fonde sur les performances en services et en information qu'ils anticipent de la part des C.L.S.C. et de leur conseil d'administration. Tout se passe comme si les groupes réformistes anticipaient des extrants trop mitigés et voulaient soutenir les aspects plus novateurs en proposant des conseils d'administration moins conservateurs. Au contraire, les groupes conservateurs craignent ces aspects novateurs et veulent les freiner par une régulation plus conservatrice. C'est pourquoi ils insistent pour que les médecins et les autres professionnels soient en bonne position dans la gouverne interne des C.L.S.C.

Comme on vient de le voir, le M.A.S. allait concéder un poste du conseil d'administration à chacune de ces deux tendances et, pour rétablir l'équilibre entre les éléments externes et les éléments internes, il confiait le soin au parti ministériel de nommer deux représentants de la population. Par l'adoption de la loi il exerçait une influence positive sur les autres intervenants, après que ceux-ci aient exercé une influence en partie positive et en partie négative sur lui.

C) La remise en question des C.L.S.C.

Le sous-système des ressources humaines, le plus discuté au moment des débats autour du projet de loi 65, allait être, dans les années suivantes, le lieu de phénomènes qui avaient été plus ou moins prévus en 1971. Bien plus que la composition du conseil d'administration, c'est la participation des médecins qui a fait problème.

Dès le début des C.L.S.C., le recrutement des médecins fut difficile. Confrontés à de nouveaux modes de pratiques et avantagés par la pratique traditionnelle, les médecins craignent les C.L.S.C. Ils évitent de s'engager, sauf lorsque le C.L.S.C. est conçu en fonction des médecins et s'identifie à une polyclinique. Il n'y aura généralement que des jeunes diplômés pour s'intéresser aux C.L.S.C. un peu plus innovateurs, et leur inexpérience ajoutée à un manque d'organisation fera douter de l'efficacité réelle de cette nouvelle composante du réseau des affaires sociales.

Un des principaux conflits entre les C.L.S.C. et la F.M.O.Q. a porté sur l'engagement des médecins. À cet effet, la F.M.O.Q. voulait négocier elle-même les contrats d'engagement, ainsi que toutes les conditions de travail telles que les horaires, les heures de garde, la répartition des tâches. Au congrès de 1974, le président de la F.M.O.Q. dira :

« Le seul pouvoir que nous revendiquons c'est celui de négocier nos conditions de travail, ce n'est pas de diriger les institutions de santé ni de planifier au M.A.S. »^{12a}

La F.M.O.Q. obtiendra du M.A.S. l'exclusivité des négociations avec le gouvernement, évitant ainsi les contrats particuliers qui, incidemment, se situaient plutôt sous la norme qu'au-dessus. Le M.A.S., de l'avis même de l'un de ses dirigeants, voulait ainsi s'allier les médecins et les empêcher de saboter les C.L.S.C.

Parfois l'opposition prit une allure plus émotive et donna lieu à certaines phrases lapidaires : « Les C.L.S.C. sont une faillite complète, un gaspillage, une hypocrisie. »¹³ Et, le même mois, dans un éditorial, le président de la F.M.O.Q. écrit des C.L.S.C. qu'ils sont une aventure à éviter.¹⁴

Mais ces attaques parfois virulentes ne sont que le dessus de l'iceberg. La véritable opposition prit une forme plus subtile. Le président de la F.M.O.Q. déclarait, dès le mois d'août 1972 :

« Bien qu'aucun engagement n'ait été signé officiellement, nous avons convenu, le ministère et nous [F.M.O.Q.], de nous informer mutuellement de nos initiatives respectives. Le gouvernement doit donc nous tenir au courant de ses intentions quant à la transformation de certains établissements ou à la création de C.L.S.C. De notre côté nous transmettrons au gouvernement les projets de regroupement des omnipraticiens. »¹⁵

Et, quelques années plus tard, dans la même veine, nous lisons :

« Un peu partout à travers la province, les médecins ont regroupé leurs cabinets privés [...] dans la perspective même des C.L.S.C., soit l'accessibilité et l'humanisation des soins de santé. "Nous sommes en train de damer le pion aux C.L.S.C.", a lancé l'animateur de l'atelier. »¹⁶

Ce regroupement de médecins, ces cliniques et polycliniques privées, dont certaines entourent littéralement les C.L.S.C., seraient l'arme de la F.M.O.Q. contre les C.L.S.C. Voici le constat que fait la Fédération des C.L.S.C. en 1978 :

« Pendant que le réseau des C.L.S.C. soutenu du bout des doigts par le M.A.S. s'implante et se développe à pas de tortue, le réseau de cliniques et de polycliniques privées, soutenu par la F.M.O.Q., mais indirectement financé par l'État, se développe avec une rapidité vertigineuse. Les nouvelles cliniques naissent comme des champignons. En 1978, il y a 82 C.L.S.C. et environ 400 cliniques privées. La F.M.O.Q. réussit donc sur ce terrain à faire échec à la politique gouvernementale. »¹⁷

12a. *Médecin du Québec*, IX, 6, 1974, p. 67.

13. Le président de la F.M.O.Q., Gérard HAMEL, dans : *La Presse*, le 14 février 1974.

14. *Médecin du Québec*, IX, 2, 1974, p. 10.

15. *Médecin du Québec*, VII, 8-9, 1972, p. 52.

16. *Médecin du Québec*, IX, 5, 1974. Article de Nicole Perreault, « L'affrontement semble inévitable entre les omnipraticiens et le gouvernement », p. 35.

17. Fédération des C.L.S.C., *La Complémentarité*, janvier 1978, (miméo.). Ce conflit avait été perçu dès 1974 par Léon DION, dans un article paru dans *Médecin du Québec*, IX, 6, 1974, p. 50. (« L'état des groupes populaires et la profession médicale ».)

La stratégie des organisations de médecins pour contrer les C.L.S.C., ainsi que la définition vague qui avait été donnée de ceux-ci par le ministère, laissaient le champ libre, dans les milieux urbains surtout, à des initiatives de la part d'animateurs chargés de l'action communautaire, qui n'avaient qu'un rapport éloigné avec la prestation de services de santé (même préventifs) et de services sociaux. Cette action des animateurs communautaires risquait, selon certains dirigeants du M.A.S., d'éloigner des C.L.S.C. une bonne partie des clientèles qui y étaient destinées.

L'action des animateurs s'exerçait davantage dans le sous-système de l'information que dans celui des services. Certains d'entre eux étaient soupçonnés d'être liés au Parti québécois et de viser au renversement du gouvernement d'alors, dirigé par le Parti libéral. Sans que nous ayons fait d'enquête précise à ce sujet, il est fort possible que les membres du conseil d'administration des C.L.S.C. nommés par le parti ministériel se soient chargés d'informer les députés ministériels de cette situation. Des maires craignaient aussi l'action subversive des animateurs. Des députés ministériels, dont deux médecins, soulevaient le problème sans ménager le ministre, en 1974. Comparant les services offerts par les C.L.S.C. aux ressources monétaires dont ils disposaient, ils concluaient à un bilan négatif.

Et lors de l'étude des crédits du Ministère des affaires sociales en commission parlementaire, à l'item des soins communautaires, on assista à un échange verbal assez violent. Le *Journal des débats* illustre un fait assez rare, soit la contestation par des députés ministériels d'une réforme entreprise par leur parti et votée à l'unanimité de l'Assemblée nationale. Il faut noter qu'à cette époque il n'y a que onze C.L.S.C. en opération, mais que cinquante-huit autres sont dans une phase plus ou moins avancée d'implantation. Le ministre Forget déclare d'abord :

« Si l'on prend la réalité telle qu'elle est, on ne semble pas avoir d'autre choix que de faire, sur un plan local, une espèce d'organisme décentralisé qui a une certaine autonomie, la plus large possible, et qui va développer, en plus des services traditionnellement assumés de santé publique, certaines activités de prestation de services non spécialisés et développer, donc, une solution de rechange aux hôpitaux. »¹⁸

À cette introduction du ministre, le docteur Dufour, député libéral de Vanier, réplique :

« Pour ce qui est de se servir du C.L.S.C. pour débloquer les cliniques d'urgence et les cliniques externes, je m'inscris en faux parce que ce n'est pas le nombre de patients vus de neuf heures à cinq heures dans un C.L.S.C. qui va dépanner. Ils en voient à peine dix par jour pour deux médecins. »¹⁹

La contre-attaque des Libéraux devient plus précise avec le docteur Lecours, député de Frontenac :

18. *Débats*..., op. cit., 1974, B-1703.

19. *Id.*, B-1704.

« Monsieur le président, je crois que nous devons l'admettre, le bilan des C.L.S.C. dans notre province est plutôt négatif [...] il ne faut pas minimiser les dépenses encourues dans les C.L.S.C. jusqu'à présent. Il vaudrait mieux se demander si les sommes d'argent ici dépensées peuvent se justifier si l'on considère les graves problèmes que nous rencontrons [...] Devant un départ hésitant, devant cette réforme hasardeuse des C.L.S.C., je crois de mon devoir de demander à cette commission un temps d'arrêt nous permettant de consolider les onze C.L.S.C. déjà fonctionnels. »²⁰

Le ministre ne répondra pas à cet argument et tout le reste du débat sur les crédits du ministère s'étirera sur cette question.

Cette position de députés ministériels laisse transparaître un malaise sûrement plus profond au sein du caucus. L'information et les services émis par les C.L.S.C. sont remis en question, de même que les intrants monétaires qui les supportent. Le ministre Forget agira quelques mois plus tard. Il le fera sur le plan administratif avec la mise sur pied d'une direction des soins communautaires, mais aussi sur le plan politique avec l'équipe Bilan. De plus, le M.A.S. organisait, à l'intention des députés, des visites dans les C.L.S.C. les plus « montrables ».

Sous l'effet des pressions des députés libéraux hostiles aux C.L.S.C., ajoutées à celles de la F.M.O.Q., le ministre des affaires sociales mettait sur pied, en janvier 1975, une commission d'enquête sur les C.L.S.C., l'équipe Bilan. Comme son nom l'indique, le mandat de ce groupe de travail était de faire la description de l'état des C.L.S.C., d'en faire une évaluation, de proposer des recommandations ou des correctifs et d'élaborer une stratégie de développement. L'équipe produira deux rapports distincts, opposés quant à leur vision des dimensions médicale, sociale et communautaire des services offerts par les C.L.S.C. En un certain sens, l'équipe Bilan n'aura servi que de modérateur aux critiques trop acerbes. Cependant, un point très discret du rapport majoritaire touche à la décentralisation et aux C.R.S.S.S. et, sur ce point au moins, le rapport a pu influencer la suite des événements.

Le groupe majoritaire, formé d'administrateurs et de professionnels, tente d'évaluer les C.L.S.C. en prenant comme référence la loi constitutive de cette institution. Il s'interroge sur l'accessibilité aux soins, l'innovation dans la pratique médicale et les types de soins impliqués. Cette étude, relativement englobante, porte sur les différents milieux où fonctionnent les C.L.S.C., avec une tentative de typologie de ceux-ci ; sur les pratiques professionnelles ; sur la gestion des C.L.S.C., particulièrement au sujet de leur implantation ; et finalement sur une évaluation de l'expérience, qui conduit à des recommandations pour la poursuite du programme. Ces recommandations, plus que l'analyse elle-même, provoqueront la dissidence du groupe minoritaire. On y propose entre autres un seul type de C.L.S.C. ; une orientation vers la dispensation directe de services, ce qui suppose qu'on abandonne l'idée de transformation

20. *Id.*, B-1711.

du milieu ; la coexistence du secteur public (C.L.S.C.) et du secteur privé (cliniques et polycliniques) ; l'intégration des C.L.S.C. au réseau des affaires sociales ; et, finalement, un rôle accru au C.R.S.S.S. concernant la coordination et l'implantation des C.L.S.C.

Le rapport minoritaire, se limitant à l'étude des dimensions sociales et communautaires, tente de se rapprocher de l'esprit de la commission Castonguay-Nepveu plutôt que de la loi 65 et, de ce fait, s'oppose aux recommandations du rapport majoritaire. Premièrement, le groupe minoritaire suggère qu'on reconnaisse plusieurs types de C.L.S.C. ; deuxièmement, l'action communautaire est essentielle selon eux pour améliorer le milieu social, instaurer de nouvelles pratiques médicales basées sur une approche globale et favoriser ainsi la prévention. D'après le rapport minoritaire, l'action communautaire doit être un instrument de transformation de l'ordre social en interaction avec les dimensions sociales et médicales. Une autre opposition concerne l'intégration des C.L.S.C. dans le réseau des affaires sociales : en effet, on considère que l'autonomie des centres est nécessaire à la souplesse et au peu de bureaucratisation qui les ont marqués. Elle permettra ainsi la poursuite de leur mission innovatrice en matière de dispensation de soins et services.

Les deux rapports présentent des vues assez différentes sur le système gouvernétique des C.L.S.C. Pour les membres du groupe majoritaire, la légitimité des C.L.S.C. vient d'en haut, c'est-à-dire du M.A.S., ou encore des C.R.S.S.S. à qui le M.A.S. pourrait déléguer des pouvoirs envers les C.L.S.C. Pour les membres du groupe minoritaire, la légitimité des C.L.S.C. vient plutôt d'en bas, c'est-à-dire de la population qu'il faut animer par l'action communautaire, de façon à ce qu'elle prenne une part active à l'évolution des C.L.S.C. et de la société. La décentralisation entre les mains des C.R.S.S.S. de la régulation des C.L.S.C. est suggérée dans le passage suivant du rapport majoritaire :

« Le réseau des C.L.S.C., tel qu'il se présente actuellement, pourrait être régi de façon centralisée par le Ministère des affaires sociales. La situation deviendra plus complexe lorsque quelques centaines de ces établissements seront mis en place. Dans de telles conditions, les conseils d'administration pourraient difficilement maintenir un pouvoir réel et assumer des responsabilités vis-à-vis de la population puisqu'un tel régime tend à générer un style de gestion directif de la part de l'État. »²¹

On peut se demander si cette perte de pouvoir des conseils d'administration, liée au nombre des C.L.S.C., fut un facteur déterminant de la décision de décentraliser, prise en octobre 1976, alors que soixante-dix C.L.S.C. avaient été créés. À bien y regarder, le transfert de pouvoirs se fit selon le schéma proposé par cette recommandation :

21. *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des centres locaux de services communautaires au Québec*, Montréal, 25 juin 1975, p. 94, (miméo.).

« Dans un premier temps, tout en assumant les tâches qui leur sont confiées par l'article 16 du chapitre 48, les Conseils régionaux devraient être impliqués largement dans le processus de planification des nouveaux C.L.S.C. ainsi que dans celui de leur implantation [...] Nous tenons à insister sur cette dernière association du C.R.S.S.S., elle nous semble une condition permettant une meilleure intégration, une meilleure coordination et continuité de services [...] À moyen terme, il nous semble raisonnable de concevoir une décentralisation de la prise de décision sous forme d'enveloppes globales régionales ou sous-régionales de la part du Ministère des affaires sociales. »²²

L'un et l'autre rapport de l'équipe Bilan ne suscitèrent pas beaucoup de réactions. Les C.L.S.C. favorisèrent la position du rapport minoritaire mais, dans l'ensemble, les recommandations restèrent lettre morte auprès du ministre. Ce peu de réactions confirma l'idée que la commission d'enquête n'avait servi somme toute qu'à dissiper les craintes concernant les C.L.S.C. Néanmoins, certaines recommandations furent suivies, dont celle qui voulait qu'on s'efforce de consolider les C.L.S.C. existants avant d'en implanter d'autres.

Notons enfin que la Fédération des C.L.S.C. était fondée en 1975.²³ La Fédération, évitant les affrontements avec le M.A.S. qui avaient été le lot de certains groupes d'usagers, s'est surtout attachée à donner une définition des centres locaux de services communautaires. Après plusieurs propositions et contre-propositions de la part du M.A.S. et de la Fédération, un document conjoint était mis au point, en octobre 1977, qui était intitulé: « Rôle et fonction des C.L.S.C. ». Il parut le 28 janvier 1978, accompagné d'une lettre du ministre Lazure ainsi que du texte intégral du discours qu'il avait prononcé lors du congrès de la F.C.L.S.C. en octobre 1977.

En somme, dans ce deuxième débat, celui de la remise en question des C.L.S.C., les influences initiales portent sur le sous-système des ressources humaines, mais tous les autres sous-systèmes finissent par être l'objet des relations d'influence. Les associations de médecins restreignent l'entrée des médecins dans les C.L.S.C., influence qui est d'ailleurs favorisée par les modes de rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.),

22. *Id.*, p. 95.

23. La mise sur pied de la Direction des soins communautaires du M.A.S., et l'annonce d'une commission d'enquête sur le fonctionnement des C.L.S.C., accélèrent sans doute le regroupement de ceux-ci en une fédération. À l'instar des fédérations médicales qui attaquaient constamment les C.L.S.C., ceux-ci crurent bon de se regrouper et de se structurer en une fédération provinciale qui soit un interlocuteur officiel et direct avec le M.A.S. Depuis quelque temps déjà le ministère entreprenait des consultations unilatérales auprès des C.L.S.C. pour évaluer les programmes, l'opération Bilan n'étant qu'une de ces opérations. La Fédération, par sa représentativité, pouvait donc tenter d'influencer le développement des C.L.S.C. L'assemblée générale de la Fédération, dont la composition a été adoptée au congrès de formation, en mai 1975, comprend cinq délégués des C.L.S.C., dont trois usagers, un professionnel et un non-professionnel. Le conseil d'administration de la F.C.L.S.C. est constitué de douze délégués régionaux (un par région administrative) tous usagers, cinq permanents élus en assemblée générale, ainsi qu'un représentant des directeurs généraux.

négociés avec les associations de médecins. Ce phénomène, ajouté aux déficiences du sous-système de l'information quant à la définition donnée par le M.A.S. des C.L.S.C., favorise l'entrée dans certains C.L.S.C. d'animateurs dont l'action communautaire concerne la transmission d'information vers les publics. Le rapport de l'équipe Bilan porte sur les extrants de services et d'informations à être produits par les C.L.S.C. Mais il touche aussi à la gouverne des C.L.S.C. quand le rapport majoritaire propose qu'un rôle accru soit accordé aux C.R.S.S.S. dans la coordination et l'implantation des C.L.S.C., alors que le rapport minoritaire cherche plutôt à augmenter l'influence de la population sur les C.L.S.C.

Quant à la Fédération des C.L.S.C. (F.C.L.S.C.), elle se préoccupe dès ses origines de la définition à donner des C.L.S.C., donc du sous-système de l'information, et plus généralement de ses rapports d'influence avec le M.A.S. à propos d'un peu tous les sous-systèmes. Un des objectifs effectifs de la F.C.L.S.C. est de contrer les acteurs qui visent à une régulation conservatrice et aussi d'annuler, en son propre sein, les acteurs d'ailleurs de moins en moins nombreux qui visent à une régulation réformatrice, dont on estime qu'ils ne servent qu'à donner des prétextes aux conservateurs pour tenter de mettre en péril l'avenir des C.L.S.C.

D) La décentralisation aux mains des C.R.S.S.S.

C'est dans ce contexte que le ministre Forget annonce, en octobre 1976, que le M.A.S. confiera aux C.R.S.S.S. certaines activités concernant les C.L.S.C. Cette décision, qui avait été suggérée au ministre par le rapport majoritaire de l'équipe Bilan, surprend un peu tous les intervenants, à commencer par les C.L.S.C. eux-mêmes.

On peut tenter d'expliquer cette décision par l'état où se trouvait chacun des sous-systèmes dont les flux arrivent aux C.L.S.C. ou en sortent. À commencer par les extrants, le M.A.S., à cause de son éloignement des C.L.S.C. et de ressources humaines insuffisantes, n'arrivait pas vraiment à contrôler les flux de ressources émis par les C.L.S.C. : monnaie, services, information. Les C.L.S.C. ne disposant pas d'un budget « global », leurs dépenses devaient être approuvées par le ministère. En plus d'être une source de délais parfois importants, cette opération de contrôle n'avait pas de suivi. Une fois la dépense approuvée, le ministère n'était pas équipé pour contrôler si elle avait été faite conformément à l'approbation. Il en était de même pour les services et les informations émises par les C.L.S.C. Le M.A.S. n'arrivait pas ou arrivait difficilement à établir s'ils étaient conformes à la définition officielle, de toute façon imprécise, des C.L.S.C. Les attaques des médecins et des députés libéraux avaient donné l'impression que le M.A.S. ne contrôlait pas ou contrôlait mal les activités des C.L.S.C.

Des problèmes se posaient également du côté des intrants, ou des ressources reçues par les C.L.S.C. Jusqu'en 1976-1977, la Direction des soins communautaires (devenue Direction des établissements de services communautaires) n'arrivait à dépenser le budget alloué pour les C.L.S.C. que par des opérations « catastrophe », en fin d'année budgétaire. Mais, en 1976-1977, avec l'augmentation du nombre des C.L.S.C. et un certain plafonnement du budget alloué à ce poste, il est apparu, dès l'automne 1976, qu'à peu près tout le budget avait été dépensé ou engagé. Il n'est peut-être pas indifférent que ce soit à ce moment-là que le ministre Forget ait annoncé qu'il y aurait décentralisation.

Le M.A.S. constatait aussi certains problèmes du côté des ressources humaines. Dans les C.L.S.C. qui avaient dépassé la phase de l'implantation, les membres des conseils d'administration n'avaient plus à administrer que des activités assez routinières ou assez strictement soumises à l'approbation du M.A.S., ce qui entraînait une perte de motivation de leur part. La décentralisation pouvait alors apparaître comme un moyen de les re-motiver, évitant ainsi que leur mécontentement se tourne contre le ministère.

Le ministre Forget n'eut pas le bonheur de conduire le M.A.S. jusqu'à la terre promise de la décentralisation. Le Parti québécois ayant succédé au Parti libéral à la tête du gouvernement du Québec, à l'issue des élections générales du 15 novembre 1976, le nouveau ministre, Denis Lazure, joua un peu malgré lui le jeu de la décentralisation. Il aurait sans doute préféré, à son arrivée au ministère, maintenir la centralisation un certain temps, pour se faire une idée personnelle des problèmes qu'elle entraînait. Mais les déclarations de son prédécesseur et le programme du Parti québécois ne lui laissaient guère le choix : il était condamné, bon gré mal gré, à décentraliser.

La décentralisation dans le secteur des C.L.S.C. était finalement fixée dans une circulaire, datée du 3 octobre 1977, et signée par le sous-ministre en titre.²⁴ La circulaire commence par signaler trois objectifs du M.A.S. : assurer de façon adéquate les services de santé et les services sociaux courants à l'ensemble de la population ; mettre sur pied, développer et coordonner les activités des centres locaux de services communautaires ; décentraliser les activités du ministère aux établissements et aux conseils régionaux de santé et de services sociaux. Et elle annonce la création d'une commission administrative régionale des C.R.S.S.S. sur les C.L.S.C. qui aura le mandat suivant :

1. Assurer la coordination des activités reliées à l'organisation des services de santé et des services sociaux courants sur son territoire.
2. Redistribuer, s'il y a lieu, les ressources disponibles affectées à ces activités.

24. Ministère des affaires sociales, INF-115-1977, 3 octobre 1977.

3. S'assurer, sur une base régionale, du bon fonctionnement des C.L.S.C. existants.
4. Répartir, s'il y a lieu, les enveloppes régionales de développement, fixées par le M.A.S., entre les C.L.S.C. existants, de façon à répondre adéquatement aux besoins socio-sanitaires de la population visée.

Les C.R.S.S.S. reçoivent le mandat de mettre sur pied la commission administrative régionale, dont il est dit qu'elle doit être composée majoritairement des établissements concernés et qu'elle doit répondre directement au C.R.S.S.S. dans l'exercice de son mandat. Ils reçoivent aussi le mandat d'assumer eux-mêmes les responsabilités reliées à l'implantation des nouveaux C.L.S.C. sur leur territoire. On remarquera que c'est aux C.R.S.S.S. et non à la commission administrative que sont délégués les pouvoirs d'implanter de nouveaux postes de C.L.S.C.

La circulaire reconnaît implicitement que la décentralisation devrait permettre que les services et l'information à la population soient donnés de façon plus « adéquate ». Quand elle parle de « coordination des activités » reliées aux C.L.S.C., elle indique aussi, implicitement, que les commissions administratives arriveront plus facilement que le M.A.S. à contrôler, en particulier selon des préoccupations régionales, les extrants des C.L.S.C.

Quand le mandat parle des ressources monétaires, il dit que les commissions administratives auront à les affecter « s'il y a lieu » aux C.L.S.C. Au cours des premiers mois de fonctionnement des commissions administratives, ces ressources ont été plutôt rares, tout au plus une petite enveloppe pour le développement des soins à domicile a-t-elle été consentie.

La circulaire ne parle pas directement des ressources humaines, sauf pour prévoir la représentation des C.L.S.C. à la commission administrative.

E) Système gouvernétique et structuration de l'influence

Nous voudrions maintenant étudier de façon plus précise le système gouvernétique des C.L.S.C. afin d'établir la structuration de l'influence entre les principaux acteurs qui le composent. Rappelons que, de notre point de vue, un acteur exerce de l'influence quand il rend ses préférences efficaces dans une communication à propos de la communication d'information ou de matière-énergie.

Trois positions élémentaires peuvent être distinguées dans un ensemble d'acteurs et de relations d'influence visant à la gouverner d'un système. Ce sont les positions de gouvernant, d'agent et de sujet. Un acteur occupe une position de *gouvernant* quand il est à l'origine d'un cheminement de l'influence positive qui atteint directement ou indirectement tous les acteurs de l'ensemble considéré. Un acteur est en position d'*agent* quand il est à la fois influencé et

influençant, sans être un gouvernant. Un acteur est en position de *sujet* quand il est influencé sans être influençant. Dans un ensemble sans gouvernant, on peut dire qu'il n'y a que de simples *unités*. Bien sûr, un même acteur peut occuper plus d'une position d'influence, comme nous le verrons dans l'étude de la structure et des processus gouvernétiques des C.L.S.C.

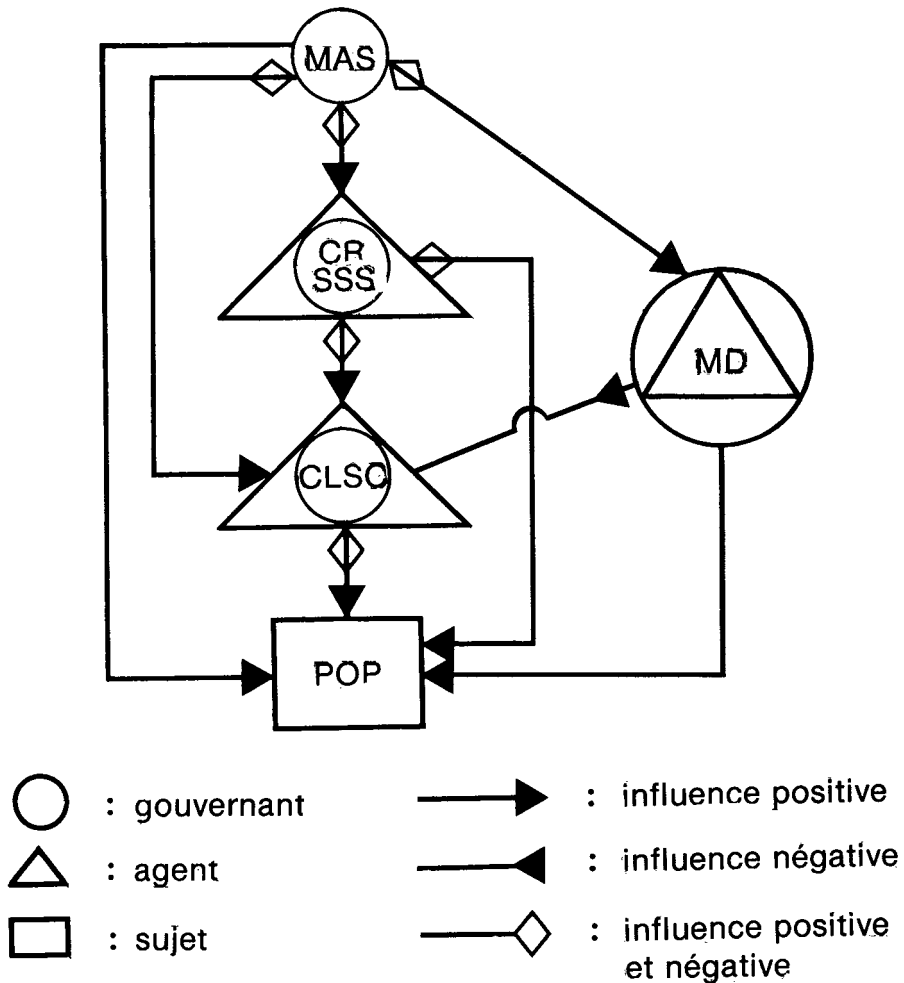
Pour cette étude, nous ne retiendrons que cinq acteurs parmi les neuf dont nous avons tenu compte jusqu'ici. La principale intervention des députés dans les débats autour des C.L.S.C. fut celle qui déclencha l'opération Bilan. Deux des députés étaient des médecins, si bien qu'on peut les identifier aux associations de médecins (dont, tout spécialement, la F.M.O.Q.), qu'on ne peut pas négliger dans le système gouvernétique des C.L.S.C. Pour les fins de l'analyse, le ministre des affaires sociales a été identifié à son ministère. Le groupe majoritaire de l'équipe Bilan a aussi été identifié au ministère, alors que le groupe minoritaire a été identifié aux C.L.S.C., auxquels nous avons aussi identifié la Fédération des C.L.S.C. Évidemment cette réduction de neuf acteurs à cinq est simplificatrice, mais elle servira à dégager quelques conclusions intéressantes.

Le graphique 2 établit la structure des relations d'influence entre les cinq acteurs. Par structure il faut entendre les relations qui sont possibles, selon les règles normatives du jeu ou selon les règles pragmatiques.²⁵ Dans le graphique, nous avons tenu compte des deux types de règles. Il s'agit donc de la structure opérationnelle, et non seulement de la structure institutionnelle, ou officielle. Le processus consiste en un ensemble de relations d'influence qui se réalisent dans le temps, en conformité ou non avec la structure, qui représente, elle, les possibles, fixés à un certain moment du temps.

Quant aux positions d'influence, nous les avons établies en tenant compte de deux considérations supplémentaires à celles qui sont incluses dans les définitions données ci-dessus. Premièrement, nous nous en sommes tenus aux positions qui sont *certaines* dans le processus, c'est-à-dire qui sont tenues, quelles que soient les relations structurelles qui se réalisent. Deuxièmement, nous avons tenu compte des phénomènes de décentralisation, qui sont en quelque sorte des relations d'ordre trois. Par une communication sur la communication à propos des communications, des pouvoirs sont accordés à un acteur qui l'autorise à agir comme un sous-gouvernant. En tenant compte de ces deux considérations, la structure des relations d'influence entre nos cinq acteurs serait la suivante.

25. Selon la distinction de F.G. BAILEY, dans : *Les règles du jeu politique*, Paris, Presses universitaires de France, 1971.

GRAPHIQUE 2

*Structure des relations d'influence dans le système gouvernemental des C.L.S.C.*

Les relations verticales entre le M.A.S., les C.R.S.S.S. et les C.L.S.C., ainsi que les relations entre les C.R.S.S.S. et la population, ou encore entre les C.L.S.C. et la population, ont toutes la forme de l'influence positive de la part du poste « supérieur », doublée d'une influence positive ou négative de la part du poste « inférieur ». Qu'il s'agisse de monnaie, de services ou d'information, le poste supérieur a généralement le pouvoir d'en émettre ou d'en recevoir

sans que le poste inférieur puisse s'y opposer efficacement. À l'inverse, le poste inférieur peut faire des suggestions là-dessus au poste supérieur, mais celui-ci demeure libre de les accepter ou non.

Il y a cependant une certaine décentralisation des pouvoirs du M.A.S. aux C.R.S.S.S. et du M.A.S. aux C.L.S.C. Cette décentralisation a été marquée dans le graphe par une position de gouvernant dessinée à l'intérieur de la position d'agent. Autrement dit, les C.R.S.S.S. et les C.L.S.C. sont autorisés, à l'intérieur d'un certain champ de compétence, à mettre en branle des processus de gouverne envers leurs publics : les C.L.S.C. et la population dans le cas des C.R.S.S.S., la population dans le cas des C.L.S.C.

Les médecins (MD) sont finalement soumis à l'influence positive du M.A.S. pour ce qui est de leurs flux intrants de monnaie et de leurs flux extrants de services (vers la population : POP); mais on a vu qu'ils pouvaient, réciproquement, influencer positivement le ministère, leur influence étant aussi, parfois, négative. Plutôt que des agents qui jouissent d'une certaine marge d'autonomie, les médecins sont des gouvernants dans le domaine des services, qui agissent aussi comme agents du M.A.S. dans la mesure où ils sont soumis à son influence positive. C'est pourquoi nous avons dessiné cette fois le symbole d'agent à l'intérieur de celui de gouvernant.

Quant aux relations entre le M.A.S. et la population d'une part, les médecins et la population d'autre part, elles ne comportent que de l'influence positive de la part du poste supérieur. Généralement la population ne peut que se plier à l'influence qui vient d'en haut, sans exercer elle-même d'influence positive ou même négative à propos des services ou des flux monétaires.

Cette structure de relations d'influence ne donne qu'une approximation sommaire de la situation créée au début des années 70, avec l'adoption de la loi sur l'assurance-maladie et de la loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux. Si l'on s'en tient quand même à cette approximation, pour un début d'analyse, on voit qu'un seul acteur, le M.A.S., domine de façon certaine l'ensemble des quatre autres acteurs. Le M.A.S. exerce de l'influence, directement et indirectement, sur tous les autres et cette influence est toujours positive.

Si on ne retient que les influences univoques, c'est-à-dire certaines, à l'exclusion des influences qui sont équivoques, et donc incertaines parce que positives ou négatives, on remarque de plus que le M.A.S. est le seul poste d'où on peut influencer directement ou indirectement toute combinaison de deux autres postes. C'est la définition de la hiérarchie, entendue au sens strict. On peut donc dire que si l'on s'en tient aux relations certaines, la structure de l'influence est hiérarchique, et que cette hiérarchie est dominée par le M.A.S.

Les quatre autres acteurs de cette hiérarchie des relations certaines peuvent être ordonnés l'un par rapport à l'autre selon l'influence qu'ils

exercent et qui est exercée sur eux. Les C.R.S.S.S., les médecins et les C.L.S.C. sont dans une position moyenne de ce point de vue, ce qu'exprime d'ailleurs leur statut de gouvernant et d'agent à la fois. Parmi les trois, les C.R.S.S.S. semblent être dans la position la plus avantageuse puisqu'ils dominent les C.L.S.C. et la population, tout en n'étant dominés que par le M.A.S. Viendraient ensuite les médecins, qui dominent la population et qui sont dominés par le M.A.S.²⁶ Les C.L.S.C. sont dans la position la moins avantageuse : ils sont dominés par le M.A.S. et par les C.R.S.S.S., ils n'arrivent pas à influencer positivement les médecins, mais ils dominent la population. Celle-ci n'occupe qu'une position de sujet. En effet, la population est dominée par les quatre autres acteurs. Tout au plus exerce-t-elle parfois de l'influence positive sur les C.R.S.S.S. et les C.L.S.C. Cette influence positive est incertaine car il arrive aussi que l'influence de la population soit négative.

Nous allons montrer que les trois débats présentés peuvent être interprétés comme des tentatives réussies ou non de la part des acteurs pour maintenir ou améliorer leur position d'influence.

1. Le projet de loi 65 met en place les C.R.S.S.S. et les C.L.S.C., ainsi que quelques-uns des flux de ressources dont il a été question dans cet article. Il prévoit aussi des relations d'influence assez semblables à celles du graphique 2.

Lors du débat autour du projet de loi, ce sont les flux de personnes qui retiennent surtout l'attention dans le système gouvernétique des C.L.S.C. Certains groupes de la population, y compris les syndicats, voulaient que les représentants de la population soient majoritaires au conseil d'administration des C.L.S.C., ce qui aurait rendu plus certaine l'influence positive de la population auprès de ces centres. Cette tentative d'influence fut finalement négative car la loi ne prévoit que cinq représentants des usagers parmi les treize membres du conseil d'administration. Deux autres personnes sont nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil parmi la population, mais c'est alors le M.A.S. et non la population qui maîtrise cet intrant de personnes. Les syndicats obtiennent cependant qu'un représentant du personnel non clinique siège au conseil d'administration.

Les médecins allaient obtenir un peu plus de succès que la population. Bien sûr, ils ne parvenaient pas à faire disparaître les C.L.S.C. de la loi, mais ils obtenaient par contre qu'un conseil des médecins et dentistes soit constitué dans un C.L.S.C. et qu'il élise une personne au conseil d'administration. De plus, le conseil consultatif du personnel clinique était autorisé lui aussi à déléguer une personne au conseil d'administration.

26. Nous verrons toutefois que, dans le processus, les médecins se sont trouvés dans une position plus avantageuse.

En résumé, les trois principaux acteurs de ce débat s'influencent de façon conforme à la structure du graphique 2. Le M.A.S. influence positivement les médecins et la population qui doivent accepter, finalement, la loi. À l'inverse, les médecins et la population exercent de l'influence négative et positive à la fois auprès du M.A.S., qui maintient ainsi sa domination dans le système des relations certaines.

2. Les événements qui entourent le deuxième débat manifestent l'influence prépondérante des médecins et de leurs alliés dans la gouverne des C.L.S.C. Par la création de cliniques et de polycliniques, ils font en quelque sorte échec aux tentatives des C.L.S.C. de les attirer en leur sein pour développer la prestation de services de santé. De plus, les médecins libéraux de l'Assemblée nationale amènent le ministre des affaires sociales à créer une équipe Bilan, qui va recommander majoritairement que les C.L.S.C. deviennent soumis au M.A.S. ou aux C.R.S.S.S. dans le réseau des affaires sociales et qu'ils s'en tiennent à des services où ils dominent la population. Le rapport minoritaire tend plutôt à mettre l'accent sur l'autonomie des C.L.S.C. et sur l'influence positive de la population envers eux, mais ce n'est pas ce que retient le M.A.S.

Alors que les jeux d'influence du premier débat étaient plutôt « conservateurs » de la structure du graphique 2, ceux du deuxième débat forment un processus où les médecins apparaissent comme les acteurs dominants. À leur pouvoir positif envers la population s'ajoutent le refus de collaborer avec les C.L.S.C. (c'est-à-dire une influence négative des C.L.S.C. sur eux) et une influence positive sur le M.A.S., plus ou moins réduit, dans le processus, à une position d'agent par rapport aux gouvernants effectifs que sont les médecins.

3. La décentralisation en faveur des C.R.S.S.S. prend, dans cette perspective, un aspect qui semble avoir échappé à la plupart des observateurs. Bien sûr, on peut l'expliquer, en partie, par une certaine « gêne » où se trouvait le M.A.S. de rendre négatives, faute de monnaie, les tentatives d'influence des C.L.S.C. en vue d'obtenir des budgets de développement. Elle s'explique aussi par l'incapacité du M.A.S. d'exercer suffisamment d'influence positive sur les C.L.S.C. dans le contrôle des extrants de ceux-ci. Mais, par la décentralisation, le M.A.S. cessait aussi de s'exposer aux attaques victorieuses des médecins et de leurs alliés à propos de la gouverne des C.L.S.C. Le M.A.S. peut refuser les pressions des médecins, s'il en subsiste, en prétextant la décentralisation.

Chacun des acteurs, à l'exception de la population, peut avoir le sentiment d'avoir amélioré ou maintenu ses positions dans la structure de l'influence. Le M.A.S. a perdu des pouvoirs par la décentralisation. C'est le prix qu'il a dû payer pour sauvegarder sa domination dans la hiérarchie des relations certaines d'influence.

Les médecins ont été victorieux (par leur influence positive auprès du M.A.S. et l'influence négative des C.L.S.C. sur eux) dans la compétition qui

les opposait aux C.L.S.C. pour la prestation des services de santé à la population. Dominés par le M.A.S. dans la structure des influences certaines, il leur est toujours possible d'influencer celui-ci dans les processus qu'ils estiment importants.

Les C.R.S.S.S. ont vu leurs pouvoirs renforcés par la décentralisation, qui va dans le sens d'un retour à une position effective d'office, qu'avait prévue pour eux la première version du projet de loi 65.

Les C.L.S.C., comme on l'a indiqué plus haut, sont généralement mieux postés par rapport aux C.R.S.S.S. que par rapport au M.A.S. Toutefois, il y a risque que leur influence tourne à vide, si les flux autres que d'information manquent où ils pourraient l'exercer. Jusqu'à maintenant, la décentralisation s'est traduite par des flux monétaires très modestes à réguler, et donc par la difficulté pour les C.L.S.C. de recruter de nouvelles personnes et d'offrir de nouveaux services.

La population, quant à elle, ne semble avoir rien gagné dans ces jeux d'influence. Avec la fin, ou presque, de l'implantation de nouveaux C.L.S.C. et la disparition de groupes mobilisateurs ou mobilisés par l'action communautaire, les tentatives d'exercice d'une influence positive auprès des C.L.S.C. et des autres intervenants ont plus ou moins disparu.

Parmi bien d'autres problèmes, cette analyse un peu sommaire de la structuration de l'influence soulève celui de ce que transforme la décentralisation dans la structure et dans le processus. Nous observons actuellement ces transformations dans les régions couvertes par les douze C.R.S.S.S. qui existent au Québec. Nous nous proposons d'en rendre compte dans un autre article.

Vincent LEMIEUX
Pierre LABRIE

*Département de science politique,
Université Laval.*