

Recherches sociographiques



La réorganisation des services de santé et de bien-être au Québec: à qui la réforme a-t-elle profité?

Gilles Dussault

Volume 24, Number 2, 1983

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/056035ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/056035ar>

[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 note

Dussault, G. (1983). La réorganisation des services de santé et de bien-être au Québec: à qui la réforme a-t-elle profité? *Recherches sociographiques*, 24(2), 235–261. <https://doi.org/10.7202/056035ar>

Article abstract

En 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social commençait ses travaux. Ses recommandations allaient conduire à la création d'un régime universel d'assurance-maladie en 1970 et, à partir de l'année suivante, à une réorganisation en profondeur du système de distribution de soins et de services sociaux. Bien que le recul ne soit pas encore suffisant pour évaluer tous les effets de ces mesures, il est tout à fait approprié d'en commencer l'analyse. C'est à un tel exercice que s'est livré Frédéric LESEMANN dans *Du pain et des services* (1981).

Le titre est volontairement provocateur et est à l'image de la thèse que l'auteur développe. L'ouvrage veut soulever un débat sur le sens et les enjeux de la réforme sanitaire au Québec. On s'explique mal d'ailleurs qu'on ait si peu écrit sur la question, compte tenu de l'importance des ressources humaines et financières investies dans cette réforme, aussi de ses dimensions politiques et de ses conséquences sur la vie quotidienne des citoyens. Il faut reconnaître que la sociologie de la santé et des institutions et occupations qui lui sont reliées est peu développée chez nous comparativement à la Grande-Bretagne et aux États-Unis, par exemple, où l'intérêt pour les aspects socio-économiques de la santé est considérable.

Je doute toutefois que le livre de Lesemann — malgré l'intérêt et le caractère percutant de l'analyse qu'il propose — donne lieu à un débat qui déborde les cercles spécialisés. En effet, son analyse en termes de rapports de classe éloignera plus d'un lecteur par son langage et son approche plutôt hermétique. Le livre vaut quand même qu'on s'y attarde et qu'on examine sérieusement la thèse que son auteur défend. Essentiellement, Lesemann avance qu'au-delà des intentions généreuses des réformateurs, ce sont des enjeux de classe qui ont orienté les choix et décisions qui ont été à la base de la réorganisation des services socio-sanitaires au Québec. Pour lui, « du pain et des services », c'est bien le *panem et circenses* du pouvoir impérial romain déclinant; c'est l'État qui cherche à endormir la population sous le couvert de « répondre aux besoins de la clientèle », comme le disent les technocrates. Lesemann corrige et précise qu'il s'agit plutôt de « gérer les rapports sociaux » (p. 5)

LA RÉORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC : À QUI LA RÉFORME A-T-ELLE PROFITÉ ?

En 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social commençait ses travaux. Ses recommandations allaient conduire à la création d'un régime universel d'assurance-maladie en 1970 et, à partir de l'année suivante, à une réorganisation en profondeur du système de distribution de soins et de services sociaux. Bien que le recul ne soit pas encore suffisant pour évaluer tous les effets de ces mesures, il est tout à fait approprié d'en commencer l'analyse. C'est à un tel exercice que s'est livré Frédéric LESEMANN dans *Du pain et des services* (1981).

Le titre est volontairement provocateur et est à l'image de la thèse que l'auteur développe. L'ouvrage veut soulever un débat sur le sens et les enjeux de la réforme sanitaire au Québec. On s'explique mal d'ailleurs qu'on ait si peu écrit sur la question, compte tenu de l'importance des ressources humaines et financières investies dans cette réforme, aussi de ses dimensions politiques et de ses conséquences sur la vie quotidienne des citoyens. Il faut reconnaître que la sociologie de la santé et des institutions et occupations qui lui sont reliées est peu développée chez nous comparativement à la Grande-Bretagne et aux États-Unis, par exemple, où l'intérêt pour les aspects socio-économiques de la santé est considérable.¹

Je doute toutefois que le livre de Lesemann — malgré l'intérêt et le caractère percutant de l'analyse qu'il propose — donne lieu à un débat qui déborde les cercles spécialisés. En effet, son analyse en termes de rapports de

1. Il faut toutefois faire exception pour des travaux importants comme ceux de Marc RENAUD (1977), Yannick VILLEDIEU (1976) et des chercheurs du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (BOZZINI et CONTANDRIOPOULOS, 1977). On peut signaler aussi que l'Association canadienne des sociologues et anthropologues de langue française a consacré son colloque de 1971 au thème : « Santé et bien-être : enjeux et débats ».

Par comparaison, en Grande-Bretagne, la sociologie de la santé est très développée depuis une vingtaine d'années et la section « Medical Sociology » de la British Sociological Association est numériquement la plus importante et est très active. Pour avoir une idée du genre d'activités, on consultera S. ARBER (éd.), *Medical Sociology in Britain*, Surrey, British Sociological Association, 3^e édition, 1978, 364p. La sociologie américaine a aussi une longue tradition d'intérêt pour le domaine de la santé.

classe éloignera plus d'un lecteur par son langage et son approche plutôt hermétique. Le livre vaut quand même qu'on s'y attarde et qu'on examine sérieusement la thèse que son auteur défend. Essentiellement, Lesemann avance qu'au-delà des intentions généreuses des réformateurs, ce sont des enjeux de classe qui ont orienté les choix et décisions qui ont été à la base de la réorganisation des services socio-sanitaires au Québec. Pour lui, « du pain et des services », c'est bien le *panem et circenses* du pouvoir impérial romain déclinant ; c'est l'État qui cherche à endormir la population sous le couvert de « répondre aux besoins de la clientèle », comme le disent les technocrates. Lesemann corrige et précise qu'il s'agit plutôt de « gérer les rapports sociaux » (p. 5).²

La thèse

Dans un premier temps, Lesemann organise son analyse autour de l'examen des travaux des grandes commissions d'enquête, fédérales et provinciales, qui ont jeté les bases idéologiques et administratives de la réforme. Ensuite, il procède à l'évaluation des grandes mesures mises en œuvre par les réformateurs, à savoir les politiques de centralisation, régionalisation, participation et de réorganisation du corporatisme professionnel ainsi que l'implantation d'un réseau de Centres locaux de services communautaires.

Selon l'auteur, les travaux d'enquête entrepris à la demande des deux niveaux de gouvernement (Commissions HALL, BOUCHER, HASTINGS, WILLARD, CASTONGUAY-NEPVEU, etc.) s'inscrivent dans le passage de notre économie capitaliste du stade concurrentiel au stade monopoliste. Leur fonction principale est de définir les conditions d'adaptation de la société capitaliste aux exigences de l'industrialisation des services de santé et de bien-être et, en même temps, de contrer les menaces que pose à l'ordre dominant l'émergence de mouvements sociaux contestataires. Les projets de réforme que ces comités et commissions formulent ont tous en commun d'inviter l'État à jouer un rôle accru dans la planification et la gestion des services socio-sanitaires. De la même façon, ils se présentent tous comme des tentatives généreuses d'accroître et démocratiser l'accès aux soins et de redistribuer les revenus de façon plus équitable. Ils prennent la forme de mesures administratives et techniques dont la légitimité est exprimée en termes à la fois de rationalité économique et de justice sociale.

En réalité, nous dit Lesemann, ces projets sont bien autre chose. Ils sont la formulation d'une « stratégie de gestion des rapports sociaux » mise en place par la nouvelle classe de technocrates qui cherche à établir sa domination à la faveur de l'élargissement du rôle de l'État. Par exemple, la lutte à la pauvreté à laquelle la réforme des services sociaux prétend se livrer vise surtout à générer

2. Les premières mesures sociales adoptées par un gouvernement occidental, soit celui de l'Allemagne à la fin du XIX^e siècle, étaient ouvertement définies par leurs promoteurs comme des techniques de contrôle social. Bismarck n'a jamais caché son objectif d'« acheter » la loyauté de la classe ouvrière par ses mesures de santé publique (STONE, 1980, ch. 2).

« une confiance collective dans la capacité du système de résoudre ses contradictions », en tentant d'atténuer la pauvreté sans toucher aux rapports de domination tout en suscitant « une adhésion populaire renouvelée à la direction de la société et à la gestion des rapports sociaux par les technocrates » (p. 16).

C'est d'abord par le biais de l'assurance-hospitalisation, et plus tard de l'assurance-maladie, que s'est faite l'application de la rationalité technocratique au secteur de la santé. Ces mesures ont consacré l'importance de l'État dans l'organisation du système de soins. L'intervention gouvernementale a provoqué une expansion considérable du secteur et a permis la constitution d'une puissante industrie médico-hospitalière. Si, à l'origine, plusieurs groupes d'intérêt — médecins, industrie pharmaceutique, producteurs d'équipement médical, etc. — s'opposaient à l'idée d'une socialisation des services de santé, les nouveaux technocrates (« les économistes de la santé ») les ont finalement convaincus qu'il était dans leur intérêt de laisser l'État prendre à sa charge le financement et la gestion des services sanitaires et de l'accepter comme partenaire dans « la direction de la société globale » (p. 57).

Au Québec, toujours selon Lesemann, la Commission Castonguay, qui était un « regroupement d'élites autochtones qui aspirent à la direction politique de la société » (p. 86), a prétendu formuler un « projet de société » alors qu'il faudrait dire qu'il s'agissait plutôt du projet de société d'une classe dirigeante (p. 87). Ainsi, le rapport que publie la Commission n'envisage-t-il pas simplement une réforme du secteur socio-sanitaire, mais une véritable restructuration des pouvoirs au profit de la nouvelle classe technocratique et, à ce titre, il « s'inscrit dans la production et la reproduction des rapports sociaux de domination à l'intérieur de la société québécoise » (p. 103). Les mesures que le rapport propose pour assurer à tous une sécurité du revenu ne sont rien d'autre que des instruments de domination, des mécanismes de reproduction des inégalités sociales (pp. 118-119). En somme, l'idéologie de la société de services — dont la formulation la plus achevée est l'annexe 25 du rapport (G. FORTIN, 1970), selon Lesemann — « a pour fonction d'occulter la conflictualité des rapports sociaux et l'origine économique, inscrite dans les structures de domination, de l'inégalité sociale » (p. 124). Donc, les travaux de la Commission Castonguay peuvent être assimilés à une sorte de stratégie de gestion des dominés élaborée par la classe technocratique pour maintenir son pouvoir.

Tout le monde le sait, les recommandations des commissions d'enquête ne sont jamais appliquées intégralement. Dans ce cas-ci, c'est la « petite bourgeoisie techno-professionnelle » qui a réagi le plus vivement au plan original de réforme. Les corporations professionnelles, dont les membres contribuent précisément à « la production et la reproduction des rapports sociaux par l'entretien de la force de travail et son assujettissement idéologique » (p. 187)³ s'y sont opposées avec une vigueur particulière. Certains groupes professionnels

3. Ici Lesemann fait sienne la définition que propose Céline ST-PIERRE, dans : « De l'analyse marxiste des classes sociales dans le mode de production capitaliste », *Socialisme québécois*, 24, 1974 : 9-33.

sont presque parvenus à contourner la réforme; ce fut le cas des médecins qui ont presque réussi à empêcher la mise en place d'un réseau de C.L.S.C. dont l'implantation devait constituer l'élément moteur de la réorganisation des services socio-sanitaires. En l'espace de deux ou trois ans, la profession médicale a créé un réseau de polycliniques privées dont ils n'avaient pas à partager le contrôle et leurs associations représentatives ont tout fait pour décourager leurs membres de collaborer à la mise en place de C.L.S.C., ce qui fait qu'après dix ans, le réseau de C.L.S.C. est encore en train de chercher péniblement à prendre forme. Les technocrates ont donc dû modifier leur stratégie en raison de l'opposition médicale et de celle de certains groupes populaires militants qui auraient souhaité pousser la logique de la participation trop loin au goût des réformateurs, qui n'ont toutefois pas eu à remettre en cause leur objectif principal de gestion rationnelle et de reproduction des rapports sociaux.

Que conclut l'auteur de cette analyse? Il ne veut rien en conclure car « donner une conclusion à des analyses qui ont cherché à démontrer la cohérence interne du système idéologique des technocrates des affaires sociales pourrait laisser croire que leurs pratiques sont réellement cohérentes, alors qu'on constate au contraire leur irrationalité fondamentale » (p. 228). L'auteur préfère ne pas imposer une représentation du monde au lecteur de crainte de « l'y inféoder »: cette pudeur l'honore mais indique une bien mince confiance au bon jugement de ceux qui le liront. Pour ma part, j'aurais souhaité une conclusion qui fasse un bilan de l'analyse, en indique les points forts et les limites et possiblement suggère des orientations de réflexion et de recherche. Puisqu'il n'y a pas de conclusion comme telle à discuter, je formulerai donc quelques commentaires qui se veulent des pistes de réflexions sur la validité générale de la thèse défendue par Lesemann.

Sur les rapports de domination

Lesemann fait état à répétition que l'intervention massive de l'État dans le secteur de la santé et du bien-être coïncide avec la transformation du capitalisme concurrentiel en capitalisme monopoliste. Disons tout de suite que l'argument aurait plus de valeur si l'auteur décrivait et situait historiquement ce phénomène. Une simple affirmation même répétée à souhait n'est pas très convaincante. Quoi qu'il en soit, si la proposition en question est valide dans le cas du Québec, elle devrait normalement l'être tout autant pour d'autres sociétés qui ont fait le même genre d'expérience de socialisation des services socio-sanitaires ou qui ont atteint un même stade de développement capitaliste. La Grande-Bretagne fait partie du premier groupe, ayant institué dès après la deuxième guerre mondiale un régime complet et universel d'assurance-santé. Or c'est un gouvernement travailliste, qu'on ne saurait en aucune façon soupçonner d'avoir voulu renforcer l'économie capitaliste, qui a fait adopter en 1946 le National Health Service Act. La question de l'établissement d'un régime public de services de santé était discutée depuis longtemps et une telle mesure avait fait l'objet d'une première recommandation en 1927 et d'une étude détaillée en 1940-1942. (Royal Commission on National Health Insurance,

1926; et W. BEVERIDGE, 1942.) Les débats politiques qui ont précédé l'adoption du N.H.S. Act ont porté plus sur les modalités du régime que sur le principe de son établissement. (B. WATKINS, 1978: ch. 1.) La demande populaire, qui avait été stimulée pendant la guerre, était trop forte pour retarder davantage l'adoption d'une telle mesure. L'opposition la plus farouche vint des médecins et autres professionnels de la santé, appuyés par les défenseurs inconditionnels de la liberté d'entreprise. Il m'apparaît donc difficile de définir le projet du gouvernement du Labour Party — projet dont incidemment la promotion a été faite avec vigueur par le plus socialiste des ministres travaillistes, Aneurin Bevan — comme une tentative d'utiliser l'État aux fins de consolider la domination des capitalistes; si tel a été le cas, des millions de personnes ont été dupes.

Dans le second groupe, l'exemple américain est le plus intéressant. Comment, en effet, expliquer que le pays où le capitalisme a atteint le stade le plus avancé, n'ait pas encore de régime public intégré de soins et que ce soit là qu'on observe la plus farouche résistance à la prise en charge des services sanitaires par l'État? S'il est vrai que la socialisation des services socio-sanitaires coïncide avec le passage à la phase du capitalisme des monopoles, comment explique-t-on que les États-Unis semblent encore si loin du jour de l'adoption d'une telle mesure? En fait, Lesemann considère que certains exemples d'expériences américaines en matière de distribution de soins, telle la mise en place de Health Maintenance Centers suffit à appuyer son argument. Ces centres de santé auraient servi de modèle aux centres de santé proposés par la Commission Castonguay et Lesemann voit là « un indice pratique de la pénétration au Canada de nouveaux modes d'organisation sanitaire cohérents avec la transformation de type monopoliste d'une société où le processus de concentration industrielle et financière est de toute façon beaucoup plus avancé qu'en tout autre endroit à cette période » (fin des années 1950 — début des années 1960?) (p. 66). L'argument aurait certes plus de poids si ces Health Centers étaient une véritable innovation américaine conçue pour répondre aux exigences du développement du capitalisme dans les États-Unis de l'après-guerre. En réalité, on retrouve des propositions semblables en Grande-Bretagne aussi loin qu'en 1920. (Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920.)

Une autre série d'arguments concerne le rôle que joueraient les services de santé et de bien-être et leurs agents dans la reproduction des inégalités sociales et le contrôle des classes populaires afin de maintenir intacts les rapports de domination. Ici encore, l'auteur ne définit pas ce qu'il entend par « inégalités sociales » non plus qu'il ne présente de démonstration empirique à l'appui de sa thèse. Dans le cas de la reproduction des inégalités, il faudrait définir quelques indicateurs d'inégalité et mesurer l'impact de la réforme en comparant la situation d'avant 1970 à celle qui a suivi la réforme. Bien peu de travaux en ce sens ont été publiés; les quelques travaux portant sur l'impact de l'assurance-maladie sur l'accès aux soins indiquent que ce sont les plus démunis qui ont le plus profité de cette mesure. (A. MACDONALD *et al.*, 1977.) Cela ne signifie nullement que leur niveau de santé en ait été élevé, mais simplement que la levée de la barrière économique aux soins s'est traduite par une plus grande

consommation de soins et services médico-hospitaliers par les plus démunis. Assurément, Lesemann inclut beaucoup plus que la seule inégalité dans l'accès aux soins lorsqu'il parle d'inégalités sociales mais, compte tenu de l'absence de définition opérationnelle du terme, il n'est pas justifié d'affirmer que la réforme socio-sanitaire n'a été qu'un mécanisme de reproduction des inégalités et des rapports de domination.

Quant au rôle des professionnels de la santé, travailleurs sociaux et autres supposés agents du pouvoir dans ce processus de reproduction, le décrire ainsi c'est faire abstraction de la diversité des pratiques professionnelles et des tensions et débats qui animent ces groupes. Que les médecins, pour leur part, participent à la « reproduction de la force de travail », rien ne saurait être plus rassurant. Ce qui devrait inquiéter, c'est plutôt l'efficacité de cette participation dont on connaît de mieux en mieux les limites. Tant que la maladie existera, les hommes chercheront à reproduire « leur force de travail », et il y aura des individus, que ce soient des médecins ou toute autre catégorie d'agents, qui chercheront à s'approprier la fonction de soigner. C'est un phénomène de société et non pas une manifestation du capitalisme. Que des médecins se soient mis au service du capital — on pense tout de suite à une certaine médecine du travail — ou que des médecins se comportent en entrepreneurs capitalistes, qui oserait le nier ? Faire de l'ensemble des médecins et autres professionnels de la santé une classe au service du capital relève de la simplification.

Le dernier argument que je souhaite examiner veut que la réforme québécoise ait été planifiée par la nouvelle classe technocratique qui voulait ainsi se substituer à la bourgeoisie traditionnelle comme classe dominante. Qu'est-ce donc que cette nouvelle classe technocratique ? Lesemann parle d'un groupe très restreint de personnes (p. 92) — qu'il parvient à nommer presque toutes d'ailleurs — qui auraient conçu, promu et même mis en marche la réforme à la faveur du passage de Claude Castonguay à la politique active en 1970. S'agit-il d'une classe sociale ou d'une petite élite qui en a remplacé une autre à la faveur du développement rapide du secteur public ? Tout en partageant l'avis de Lesemann à l'effet que les réformes des années 1960 et 1970 ne sont pas idéologiquement neutres, j'ai de la difficulté à n'y voir qu'un projet de classe. Ce qu'il décrit, c'est plutôt un phénomène de récupération des réformes par des groupes d'intérêt.⁴ Les réformes elles-mêmes sont en partie la réponse à des revendications exprimées de longue date par un grand nombre de groupes de pression, dont les syndicats en particulier. (L.M. TREMBLAY, 1972.) Elles doivent également être situées dans le contexte des contraintes économiques et politiques de l'époque. La pression démographique et la hausse considérable des coûts des services et équipements ont amené le réseau hospitalier au bord de la faillite dans les années 1950 et rendaient les services médicaux de moins en moins accessibles aux citoyens. Si on ajoute à cela la pression exercée par le gouvernement fédéral depuis l'adoption de la loi de l'assurance-hospitalisation en 1957, on voit difficilement comment un gouvernement québécois, quel qu'il fut, aurait pu éviter encore longtemps d'intervenir

4. Voir à ce sujet l'intéressante étude de BRUNET et VINET (1979) sur les tentatives de récupération par les professionnels de la réforme dans le cadre de l'implantation des C.L.S.C.

massivement dans le secteur de la santé et du bien-être. D'ailleurs, on constate bien que les changements de gouvernement en 1966, 1970 et 1976 n'ont pas modifié de façon majeure l'orientation des réformes, ce qui me semble indiquer que la socialisation des services socio-sanitaires est plus qu'un « projet de classe ».

En somme, l'analyse du contenu des rapports d'enquête et des projets de réforme doit être située dans le contexte social, politique et économique de leur rédaction pour en saisir le sens réel et éviter les interprétations excessives. Ces documents n'ont pas été rédigés en vase clos et les témoignages de ceux qui ont participé à leur préparation indiquent à quel point ils étaient soumis à de nombreuses contraintes pressantes. (G. BLAIN, 1980; S.S. LEE, 1979.) La lecture de *Du pain et des services* laisse croire à un vaste complot machiavélique des technocrates pour prendre le contrôle de secteurs entiers de la vie sociale. Compte tenu de la démonstration proposée, cela me semble relever plutôt du procès d'intention. Il ne faut quand même pas ignorer que les commissions d'enquête qui ont proposé les grandes réformes des vingt dernières années ont travaillé en public et non dans l'obscurité des bureaux des technocrates. Elles ont entendu des centaines de témoins, reçu des mémoires de groupes représentant à peu près tous les secteurs de la société et se sont fait aider des spécialistes locaux et étrangers de disciplines et d'orientations diverses. Les résultats de leurs travaux sont de nature publique et ils ont fait l'objet de longs débats avant de donner lieu à des projets spécifiques de réforme, qui eux-mêmes ont été longuement discutés. Telle qu'elle a pris forme, la transformation des services de santé et de bien-être, avec ses qualités et ses défauts, est plus, à mon avis, le résultat d'un ensemble de compromis entre ceux qui étaient impliqués dans ces domaines que l'imposition d'un nouveau modèle d'organisation sociale par une nouvelle classe cherchant à établir sa domination.

Enfin, signalons quelques erreurs qui se sont glissées ici et là et qui ont faussé certaines interprétations. Ainsi, les médecins spécialistes ne composaient pas 62% de la profession médicale en 1966 (p. 28) mais plutôt 48,9%. (T. BOURDEAU et R. BÉLAND, 1970: 161.) C'est un peu plus tard qu'ils sont devenus majoritaires, au moment de l'implantation du régime d'assurance-maladie, et depuis le milieu des années 1970 leur proportion diminue régulièrement au profit des généralistes. Le pouvoir des spécialistes au début des années 1960 ne venait pas tant du fait de leur nombre, mais plutôt de leurs privilèges, de leur prestige et de leur position de force au sein des organisations professionnelles.

Plus loin, l'auteur, à propos du *Code des professions*, dit à tort que désormais les permis d'exercice n'ont plus qu'une validité limitée et doivent être renouvelés régulièrement (p. 180) et que l'Office des professions a le pouvoir « souverain » de créer, dissoudre ou provoquer la fusion de corporations professionnelles (p. 185). Il s'ensuit forcément que son interprétation de l'impact du Code et des réactions des professionnels est excessive.

En somme, la compréhension et l'explication des changements qui ont transformé les services de santé et bien-être au Québec au cours des deux dernières décennies exigent plus que l'analyse du contenu des études qui les ont préparés. Une telle analyse est de première importance, mais elle ne peut

prendre tout son sens à moins que ces documents et les réformes qu'ils ont amorcées ne soient situés historiquement.

L'impact de la croissance démographique et de l'urbanisation rapide des années d'après-guerre, la croissance des coûts des services médico-hospitaliers, le développement de nouvelles attitudes à l'égard de la santé et du rôle de l'État dans l'organisation des services, la création de nouvelles attentes alimentées par l'information sur les expériences étrangères en matière de distribution de soins, tous ces facteurs et d'autres ont pesé d'un poids considérable sur les gouvernements des années 1950-1970 pour qu'ils interviennent en santé et bien-être. En d'autres termes, la gestation des récentes réformes ne s'est pas faite en vase clos, et leur compréhension exige qu'on prenne en compte le contexte dans lequel elles ont été réalisées.

Il reste donc beaucoup à dire des transformations du système québécois de distribution de soins et de services sociaux, et le contexte actuel de contraintes financières est un moment particulièrement propice à une réflexion critique sur l'expérience des dix dernières années. Avec d'autres (BOZZINI *et al.*, 1981: 10-27), je souhaiterais que la réflexion porte non seulement sur les aspects organisationnels de la distribution des services, mais plus globalement sur le rôle et l'efficacité de la médecine contemporaine et des institutions qu'elle a générées. Il faut interroger sérieusement la contribution de la médecine hospitalière à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des individus — une réflexion semblable devrait porter sur la contribution des travailleurs sociaux et autres spécialistes du bien-être — afin d'aider les citoyens à choisir plutôt que de se laisser imposer les systèmes sanitaires qui conviennent à leurs véritables besoins. Pour être efficace, ce genre de réflexion doit être crédible donc bien documentée, cohérente et rigoureuse.

Gilles DUSSAULT

*Département des relations industrielles,
Université Laval.*

BIBLIOGRAPHIE

- BEVERIDGE, William, *Social Insurance and Allied Services*, London, H.M.S.O., 1942, 299p.
- BLAIN, Gilbert (éd.), *La réforme des affaires sociales au Québec, 1970-1980*, Montréal, Les Éditions administration et santé, 1980, 88p.
- BOUDREAU, Thomas et Richard BÉLAND, *La prévision de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier*, annexe 8 au *Rapport* de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970, 680p.
- BOZZINI, Luciano *et al.* (éds), *Médecine et société: les années 1980*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, 554p.
- BRUNET, Michel et Alain VINET, « Le pouvoir professionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux », *Canadian Public Policy*, II, 1, 1979: 168-180.
- Consultative Council on Medical and Allied Services, *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*, London, H.M.S.O., 1920, 28p.
- FORTIN, Gérald, *La société de demain: ses impératifs, son organisation*, annexe 25 au *Rapport* de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970, 99p.
- LEE, Sidney S., *Quebec's Health System: A Decade of Change, 1967-1977*, [Ottawa], Institut d'administration publique du Canada, 1979, 54p.
- LESEMANN, Frédéric, *Du pain et des services: la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Montréal, Albert Saint-Martin, 1981, 232p.
- MACDONALD, Alison D. *et al.*, « Études sur l'assurance-maladie du Québec », *Sociologie et sociétés*, IX, 1, avril 1977: 55-74.
- RENAUD, Marc, « Réforme ou illusion: une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé », *Sociologie et sociétés*, IX, 1, 1977: 127-152.
- Royal Commission on National Health Insurance, *Report*, London, H.M.S.O., 1926, 394p.
- STONE, Deborah A., *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*, Chicago, University of Chicago Press, 1980, 212p.
- TREMBLAY, Louis-Marie, *Le syndicalisme québécois*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1972, 286p.
- VILLEDIEU, Yannick, *Demain la santé*, Québec, Québec science, 1976, 291p.
- WATKIN, Brian, *The National Health Service: The First Phase*, London, Allen and Unwin, 1978, 170p.