



De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec

Jean-Pierre Bélanger

Volume 41, Number 2, 1992

Bilan des réformes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/706569ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/706569ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bélanger, J.-P. (1992). De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. *Service social*, 41(2), 49–70. <https://doi.org/10.7202/706569ar>

Article abstract

Depuis vingt ans au Québec, il y a une sorte de continuité dans les préoccupations gouvernementales en ce qui concerne l'organisation du système des services de santé et des services sociaux au Québec. La Commission Castonguay avait été mise en place avec le souci d'éviter que les coûts d'éventuels services publics universels et gratuits ne deviennent trop élevés. Presque vingt ans plus tard, on mettra sur pied la Commission Rochon, justement parce qu'on n'aura pas réussi entre-temps à contrôler la croissance des coûts des différentes composantes du réseau.

La présente analyse propose de remonter aux sources pour comprendre les motivations des différents acteurs, notamment pour mieux cerner l'influence du gouvernement fédéral dans cette évolution. Elle met aussi au jour les différentes motivations politiques du gouvernement provincial et met en exergue les changements de cap importants qui sont survenus à la suite du rapport Lalonde en 1974.

L'analyse historique nous amène enfin à la Commission Rochon. Celle-ci aura permis de mieux cerner les principes sociaux qui agitent actuellement la société québécoise et d'essayer d'en tirer les conséquences possibles pour l'évolution future du réseau des services de santé et des services sociaux au Québec, au moins pour la prochaine décennie. Il restera à voir en effet comment les objectifs de politiques et de services proposés par la commission seront retenus et véritablement mis en oeuvre.

***De la Commission Castonguay
à la Commission Rochon...
Vingt ans d'histoire de l'évolution
des services de santé
et des services sociaux au Québec***

Jean-Pierre BÉLANGER

Sociologue de formation.

*A travaillé au cours des vingt dernières années
comme cadre dans le réseau des services
de santé et des services sociaux,
en particulier dans le milieu des CLSC.*

Comment Claude Castonguay jugerait-il le rapport de la Commission Rochon et les suites qu'on lui a données ? Ces suites se sont concrétisées dans deux documents ministériels et deux projets de loi, ceux de Mme Lavoie-Roux (avril 1989) et de Marc-Yvan Côté (décembre 1990). C'est beaucoup pour un rapport de commission, ce qui traduit probablement à la fois la méfiance qu'on pouvait avoir à son égard, mais aussi la complexité du sujet qu'elle devait traiter.

Le ministre Côté lui-même a annoncé que sa réforme devrait comporter plusieurs étapes complémentaires : l'adoption de la loi elle-même,

l'adoption d'un projet de loi de mise en vigueur puisque la mise en place de la réforme supposait des modifications de concordance à quelques dizaines d'autres lois, la tenue d'un débat en commission parlementaire sur le financement des services de santé et des services sociaux au Québec et, finalement, la présentation d'une politique gouvernementale de santé et de bien-être. Tous ces éléments devaient être harmonisés les uns avec les autres.

Au moment où ces lignes sont écrites, le projet de loi 120 a été adopté, mais la loi de mise en application ne l'a pas encore été, le débat sur le financement des services de santé a été annoncé (les positions gouvernementales sont connues), mais n'a pas encore été tenu. Et surtout, la politique de santé et de bien-être n'est encore qu'à l'état d'ébauche.

C'est pourtant cette politique qui devait donner tout son sens à la réforme que l'actuel gouvernement s'était engagé à faire en matière de services de santé et de services sociaux. La première ébauche de cette politique de santé et de bien-être était pourtant contenue dans le document rendu public par Mme Thérèse Lavoie-Roux. On y trouvait déjà un certain nombre d'objectifs de santé et de bien-être dûment identifiés et quantifiés, ce qui constitue une qualité importante de toute politique de santé et de bien-être¹.

Pour mieux comprendre où notre système de santé et de services sociaux s'en va, il n'est pas inutile de retourner aux sources de la réforme de 1972 afin de mieux cerner les grandes orientations et les mouvements d'action qui ont alors été mis en œuvre. Car la réforme instaurée à la suite de la Commission Castonguay² n'a pas eu que des effets positifs. Certains des postulats sur lesquels ses recommandations reposaient ne se sont pas matérialisés, ce qui entraîne aujourd'hui des conséquences néfastes.

LE RETOUR AUX SOURCES DE LA RÉVOLUTION TRANQUILLE

La prise du pouvoir par le Parti libéral au Québec en 1960 marquait le début de la Révolution tranquille. Nous allions désormais « être maîtres chez nous ». Après l'ère duplessiste, le mouvement semblait de toute façon irréversible.

Le gouvernement fédéral, de son côté, continuait à développer des programmes à l'échelle canadienne en utilisant son pouvoir de dépenser, et cela même en empiétant souvent sur les juridictions constitutionnelles des provinces, parfois avec l'accord plus ou moins tacite de celles-ci. Après l'assurance-chômage, les allocations familiales, les pensions universelles de retraite, etc., le fédéral avait proposé aux provinces d'adhérer à un régime universel d'assurance-hospitalisation par lequel il offrait de payer 50 % du coût du régime.

Le Parti libéral de Jean Lesage offrait une option claire : le Québec adhérer au nouveau régime proposé par le fédéral. C'était d'ailleurs là une condition de la modernisation essentielle de la société québécoise. Le gou-

vernement du Québec devait donc y adhérer rapidement, après les élections de 1960.

Il faut se rappeler le contexte social de l'époque pour en comprendre la signification. Une partie des Québécois était protégée par des assurances privées, individuelles chez les mieux nantis, collectives dans les milieux syndiqués. Les plus pauvres pouvaient toujours compter sur l'aide de l'État ou de la charité privée. Mais ceux et celles qui se situaient entre les deux ne devaient compter que sur eux-mêmes et devaient faire face à des comptes parfois élevés de frais hospitaliers. Les situations de détresse engendrées par de telles situations faisaient régulièrement les premières pages des journaux.

Le Québec a donc adhéré au régime d'assurance-hospitalisation proposé par le gouvernement fédéral. Mais on se rendit compte rapidement à travers le Canada qu'on avait probablement commencé par le mauvais bout : on rendait gratuit et universel ce qui coûtait le plus cher dans le système, soit les coûts des soins hospitaliers. Il fallait encore que les personnes paient elles-mêmes (ou par le moyen d'une assurance) les coûts des visites chez leur médecin de famille, mais tout ou presque devenait gratuit lorsque ces mêmes soins étaient donnés en milieu hospitalier. On comprendra rapidement le vice profond d'un tel système : les patients avaient intérêt à se faire envoyer le plus rapidement possible vers un spécialiste travaillant dans un centre hospitalier ou à s'y faire admettre par l'intermédiaire des services d'urgence.

C'est dans ce contexte que les différents gouvernements canadiens, suivant en cela l'exemple de quelques provinces de l'Ouest, dont au premier chef la Saskatchewan, ont élaboré dans la première moitié des années 60 un projet pancanadien de régime d'assurance-maladie qui paierait aussi les coûts des services médicaux de première ligne, donc de services moins coûteux et qui soient de nature à éviter le recours à des services hospitaliers spécialisés plus onéreux.

Mais en 1966, au Québec, les élections provinciales approchaient. Les positions des deux principaux partis étaient partagées sur la question. Les libéraux promettaient d'adhérer au nouveau régime s'ils étaient réélus. L'Union nationale promettait que le Québec refuserait cette offre fédérale, car les coûts engendrés par l'adhésion risquaient d'être énormes pour le Québec et d'entraîner le gouvernement dans un déficit.

L'Union nationale devait gagner les élections par le hasard de la distribution des circonscriptions, particulièrement en milieu rural. Mais que peut faire un gouvernement provincial qui a promis de ne pas adhérer à une proposition fédérale quand ses contribuables doivent payer à même leurs impôts une partie du fonctionnement de ce même régime dans d'autres provinces ? Généralement, on crée une commission d'enquête. Ce fut le cas cette fois aussi et l'origine même de la Commission Castonguay. Les deux questions fondamentales posées à la Commission étaient les suivantes : Le Québec doit-

il adhérer au régime canadien d'assurance-maladie ? Si oui, comment s'organiser pour que la croissance des coûts ne devienne pas hors contrôle ?

La première question, plus pressante sur le plan politique, reçut une réponse rapide. Oui, le Québec devait adhérer. Ce fut l'origine des premières négociations avec les médecins omnipraticiens et spécialistes qui aboutirent, après une grève, à la mise en place du régime d'assurance-maladie en 1970. Mais ce régime était essentiellement fondé sur la rémunération à l'acte des interventions médicales et reconduisait en quelque sorte les principes de la liberté de pratique médicale tels qu'ils existaient jusque-là, et cela malgré les interprétations différentes que les organismes médicaux ont pu en faire à l'époque (on parlait notamment de « nationalisation abusive » de la médecine).

Cette première recommandation de la Commission continue de peser lourd dans l'évolution du système de services de santé et de services sociaux du Québec. Elle entérinait à toutes fins utiles la liberté de pratique médicale et la reconnaissance d'un statut tout à fait spécial pour les médecins qui pratiquent à l'acte même si ce sont aussi des travailleurs de la santé.

Quelques années plus tard, à l'occasion du premier colloque Jean-Yves Rivard³ qui réunit chaque année quelques centaines de décideurs et de chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux, l'ancien ministre Claude Castonguay fit remarquer que, s'il n'avait pas établi le salariat ou un autre mode de rémunération fixe pour les médecins au moment de la mise en place de sa réforme en 1972, c'est qu'il en avait déjà plein les bras politiquement avec les autres résistances qu'il devait rencontrer (notamment celles concernant la « nationalisation » des hôpitaux publics qui appartenaient jusque-là essentiellement à des corporations privées, le plus souvent religieuses). Il ne pouvait se permettre d'avoir en plus les médecins sur le dos⁴ étant donné le pouvoir politique qu'ils pouvaient mobiliser⁵. D'autres pays (l'Angleterre notamment avec son système de capitation pour les omnipraticiens) ont réussi, mais jamais sans peine, à redéfinir autrement que sur la base de la liberté de pratique privée leurs relations avec les médecins.

La réponse à la deuxième question (« Comment s'organiser pour éviter la croissance des coûts ? ») fut nécessairement plus complexe. C'est elle essentiellement qui a entraîné la réforme de 1972 et la mise en œuvre du réseau moderne de services de santé et de services sociaux tel qu'on le connaît actuellement au Québec. Les rapports de la Commission Castonguay ont été nombreux et complexes. Ils ont abordé plusieurs autres domaines que ceux strictement réservés aux services de santé et aux services sociaux.

La Commission a abordé toute une série de questions relatives à la sécurité du revenu, au logement, à la réglementation des professions, etc. Plusieurs de ces préoccupations ont d'ailleurs mené à la mise en œuvre de réformes importantes comme le Code des professions⁶ ou encore de projets

sociaux significatifs, tel par exemple le désir de mettre en place un régime de revenu minimum garanti. À la limite, chacun pourrait donc trouver dans les nombreux tomes du rapport de la Commission des recommandations sur le sujet qui l'intéresse.

Mais avec du recul, on circonscrit mieux la portée réelle des changements entrepris à la suite de la réforme de la Commission Castonguay. Les recommandations de celle-ci reposaient d'abord sur un postulat fondamental : en améliorant la distribution des services de santé et des services sociaux on pourrait arriver à améliorer de façon significative l'état de santé et de bien-être de la population québécoise. Pour cela, il fallait « nationaliser » les différentes institutions qui fournissaient ces services, surtout que le gouvernement provincial payait déjà 90 % de la note ou à peu près, en rationaliser les dépenses et mieux les contrôler. Dans le secteur social, les différentes agences diocésaines de services sociaux seraient intégrées, parfois non sans mal, dans les nouveaux Centres de services sociaux.

Il en ira autrement avec les CLSC. Ceux-ci devaient être au début « la principale porte d'entrée publique » du réseau des services de santé et des services sociaux du Québec. Le rapport de la Commission proposait d'établir des centres locaux de santé (les services sociaux viendront plus tard pour en faire des CLSC) publics (sur le modèle des premiers centres communautaires qui commençaient à émerger dans les quartiers défavorisés de Montréal) ou privés (sous contrôle des médecins). Ces centres locaux seraient rattachés à des centres hospitaliers selon un découpage territorial, sur le modèle du Kaiser Institute, un HMO⁷ qui existait déjà à Boston et qui avait beaucoup impressionné les membres de la Commission.

Les centres hospitaliers devaient refuser dès le départ d'assumer la supervision de ces nouvelles créatures, la raison principale étant probablement le fait que les premiers centres communautaires qui voyaient le jour dans les quartiers populaires donnaient une impression d'activisme politique auquel le réseau traditionnel n'était certes pas habitué. En même temps, les médecins de pratique privée refusaient de s'intégrer aux nouvelles structures. Ils préféraient au contraire conserver leur liberté professionnelle et créer plutôt des polycliniques privées. C'est ainsi que la pratique médicale de groupe, qui n'était pas tellement développée jusque-là au Québec, s'est accélérée au cours des premières années d'implantation de la réforme. Quant aux CLSC, ils ne devaient être créés que de façon progressive dans le temps. C'est en effet seulement en 1988 que le réseau des 160 CLSC fut complété⁸. Mais ce répit devait aussi leur permettre de développer des modèles originaux d'intervention.

Quant aux fonctions de protection de la santé publique, elles avaient été les grandes oubliées de la Commission Castonguay. Il fallut attendre la remise des derniers rapports de la Commission pour que soit créé un comité provincial

d'évaluation⁹. Jusqu'alors les services de santé publique relevaient soit des grandes villes qui géraient leurs propres services (Montréal, Québec, etc.), soit directement du Ministère qui gérait des unités sanitaires là où les services municipaux ne pouvaient les assumer. Or, la réforme avait oublié ces services.

Le comité d'étude devait proposer en 1974 la création de Départements de santé communautaire (DSC) qui allaient être intégrés à 32 centres hospitaliers désignés. Et cela notamment parce qu'on ne voulait pas donner l'impression de créer de nouvelles structures dans un contexte où la population devait déjà s'habituer à une foule de nouveaux sigles, mais aussi parce qu'on voulait que les DSC profitent dès le départ d'une partie du prestige professionnel dont jouissaient ces centres hospitaliers. Ces DSC devaient d'abord servir de structure d'accueil pour le personnel des anciennes unités sanitaires en attendant leur transfert dans les CLSC au fur et à mesure de leur création. Mais on ajoutait aussi aux DSC d'autres responsabilités en matière de protection de la santé publique, d'études des besoins de la population, etc.¹⁰

La mise en application progressive de la réforme divergeait déjà sensiblement dans les faits de ce qui était contenu dans le rapport de la Commission Castonguay.

LE RAPPORT LALONDE EN 1974

La réforme des services de santé et des services sociaux au Québec reposait donc sur ce postulat fondamental qu'en améliorant l'accessibilité des services curatifs sur les plans géographique et financier et quant au degré de couverture (un régime universel), on pouvait ainsi améliorer à la longue l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

À peine cette réforme commençait-elle à être mise en place que le gouvernement fédéral rendait public un document d'orientation assez novateur, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*¹¹, mieux connu sous le nom de document Lalonde, M. Marc Lalonde étant alors ministre fédéral de la Santé. Ce document établissait au départ cette constatation, nouvelle pour l'époque dans un document gouvernemental officiel, que le niveau des dépenses en matière de services de santé curatifs n'avait que peu d'effet sur l'amélioration du niveau de santé global de la population.

Il y avait en fait, selon le document, quatre déterminants majeurs du niveau de santé : l'hérédité, les habitudes de vie des personnes, l'environnement social et physique et finalement l'organisation des services de santé. Pour éviter que l'attention et les dépenses ne soient consacrées uniquement au développement des services curatifs, le rapport proposait le développement d'une politique de santé qui fixerait, notamment, des objectifs quantifiables

d'amélioration de la santé de la population au cours d'une période donnée. Cet établissement des priorités par objectifs devait favoriser une attribution plus efficace des sommes disponibles.

L'idée était nouvelle, mais ce n'est pas au Canada qu'elle a d'abord engendré les retombées les plus importantes. Ce sont nos voisins du Sud qui ont été les premiers à essayer de mettre cette idée en œuvre. Ils se sont livrés pendant plusieurs années à des exercices d'établissement des priorités et de définition d'objectifs assez importants. L'idée de base était souvent que les gouvernements devaient d'abord donner l'exemple en matière de mise en œuvre d'une politique de santé afin de mobiliser par la suite les autres secteurs de la société. L'arrivée au pouvoir du président Reagan, avec sa volonté de couper de façon draconienne dans les dépenses publiques afin de réduire les impôts, allait cependant refroidir les ardeurs pendant quelques années¹².

C'est ensuite l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en particulier sa direction régionale de l'Europe, qui a repris à son tour le concept. Tous les pays qui font partie de l'OMS se sont alors engagés à produire une telle politique de santé, ce que la plupart d'entre eux ont d'ailleurs fait.

En 1984, le Québec devait à son tour s'intéresser à l'élaboration d'une politique de santé, notamment avec la parution d'*Objectif : Santé*¹³ du Conseil des affaires sociales. À partir de 1985, la majorité des provinces canadiennes ont d'ailleurs mis en place des commissions d'enquête sur leurs services de santé compte tenu de leurs coûts de plus en plus élevés et de la diminution des contributions fédérales qui accentue le problème. Ces diverses commissions ont aussi eu pour mandat d'étudier l'orientation et l'organisation des services de santé, afin de trouver des façons plus efficaces et plus efficaces de fournir ces services et de contribuer à l'amélioration du niveau de santé de la population. Ces commissions d'enquête ont d'ailleurs toutes recommandé à leurs gouvernements respectifs l'adoption de telles politiques de santé selon le modèle de l'OMS. La Commission Rochon devait en quelque sorte enclencher ce mouvement, de concert avec son équivalente ontarienne¹⁴ avec laquelle elle devait d'ailleurs collaborer.

LA COMMISSION ROCHON

C'est aussi à cause du problème financier que la Commission Rochon devait être créée en 1985. Les gouvernements du Québec ont dû, en effet, depuis la mise en œuvre de la réforme de 1972, absorber périodiquement les déficits des centres hospitaliers. La facture était souvent élevée (quelques centaines de millions de dollars chaque fois) et, surtout, jugée particulièrement inopportune en période de restrictions budgétaires.

Chaque fois que le problème du déficit accumulé des centres hospitaliers éclatait au grand jour, le gouvernement n'avait d'autres choix que de l'absorber, mais il promettait que c'était la dernière fois. Les centres hospitaliers, comme les commissions scolaires dans le secteur de l'éducation, allaient devoir s'autodiscipliner pour respecter leur budget. Un ministre des Finances devait même perdre patience et mettre sur pied un comité interministériel pour aller au fond de la question¹⁵. Après un an de travaux, ce comité concluait que le cadre législatif en place ne permettait pas de régler le problème.

Le cadre légal existant créait deux obligations souvent contradictoires aux centres hospitaliers, soit celle de respecter leur budget, ce qui relève de la responsabilité du directeur de l'établissement, et celle de répondre aux besoins médicaux et aux urgences des personnes qui se présentent à l'hôpital. Dans ce dernier cas, les décisions sur les dépenses à engager sont le plus souvent prises par les médecins qui pratiquent dans le centre hospitalier. Donc, dans les faits, il y a direction bicéphale qui rend la réalisation de l'objectif d'équilibre du budget difficile à respecter.

En plus, les personnes qui finissent par être hospitalisées dans les établissements qui fournissent les services les plus coûteux y arrivent au moment où leur état a eu largement le temps de se détériorer, alors qu'on pourrait intervenir plus tôt pour prévenir ou pour régler le problème avec des ressources moins coûteuses. C'est donc sur l'ensemble du système qu'il fallait encore une fois s'interroger. Le mandat de la Commission Rochon fut cependant davantage d'apporter les améliorations nécessaires au système existant, afin d'en protéger les acquis, que de proposer des transformations aussi radicales que celles de 1972.

Comme celui de la Commission Castonguay, le rapport de la Commission Rochon est assez complexe et touche à de multiples aspects. Nous n'en retiendrons ici que les plus significatifs pour notre propos : les transformations rapides de la société québécoise, la complexité plus grande du réseau de services, l'émergence des organismes communautaires, l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être, de même que la nécessité de la jonction des dimensions sociale et de la santé.

Les transformations rapides de la société québécoise

La Commission constate d'abord les transformations rapides que la société québécoise a connues au cours des vingt dernières années : ralentissement de la croissance économique, transformation du marché du travail et chômage élevé, émergence de nouvelles formes de pauvreté, baisse de la natalité et vieillissement de la population, composition de plus en plus multi-ethnique de la population, transformations de la famille (monoparentalité, divorces, familles reconstituées, etc.), émergence de nouvelles solidarités communautaires

et du mouvement des femmes vers l'égalité, etc. Toutes ces transformations entraînent des changements dans les besoins des clientèles auxquelles le réseau des services doit venir en aide. Bref, depuis vingt ans, les besoins ont évolué et ne sont plus les mêmes.

Un réseau de services plus complexe

Parallèlement, le réseau des services est devenu lui-même passablement plus compliqué. Le développement des nouvelles technologies et la complexité croissante des organisations (notamment avec le développement du temps partiel) ont rendu le fonctionnement des centres hospitaliers plus difficile à gérer. En ce qui regarde les Centres de services sociaux, leur fonctionnement est aussi devenu plus complexe avec l'addition de nouvelles responsabilités, particulièrement en matière de protection et d'aide à la jeunesse. La clientèle des centres d'hébergement pour personnes âgées s'est alourdie. Quant aux CLSC, ils ont eu progressivement à mieux se définir et à compléter leur réseau. Enfin, il y a eu cette multitude de nouvelles politiques et de nouvelles normes qui ont rendu le fonctionnement de tous les établissements plus ardu.

L'émergence des organismes communautaires

Il est aussi important de souligner l'émergence des organismes communautaires. Il y a là un changement majeur et fondamental par rapport aux constatations que pouvait faire à l'époque la Commission Castonguay. Avant la réforme de 1972, la presque totalité des organisations de services étaient des corporations à but non lucratif. C'était le cas par exemple des centres hospitaliers qui avaient souvent été mis en place et étaient encore dirigés par des communautés religieuses.

Dans le secteur social, on comptait 32 agences diocésaines de service social, certaines spécialisées, d'autres non, dont les territoires résultaient le plus souvent d'accidents historiques. Pourtant, les budgets de ces organisations provenaient en majorité de subventions gouvernementales¹⁶. Mais pour des planificateurs, cela donnait une impression d'anarchie plus rationnelle des services. Dans ce contexte, la Commission Castonguay devait largement insister sur la nécessité du « caractère public » du nouveau réseau. Le Ministère allait arrêter de subventionner à gauche et à droite le développement de nouveaux services qui ne seraient pas parfaitement harmonisés aux établissements publics.

C'est ainsi que de 1970 à 1978 le budget de financement du ministère des Affaires sociales, comme il s'appelait à l'époque, est demeuré stable, soit autour d'un million de dollars par an. La dynamique communautaire était pourtant très active. Plusieurs projets novateurs voyaient le jour. Mais ces projets devaient obtenir leur financement de Centraide ou d'autres organis-

mes (dons privés, communautés religieuses, etc.). C'était aussi la période dorée des projets de création d'emplois temporaires : Canada au travail, Compagnie des jeunes Canadiens, Projets d'initiatives locales, etc. Un nouveau projet pouvait profiter d'une subvention temporaire de départ de trois ans et par la suite ses promoteurs devaient jouer sur les subtilités des programmes en vigueur pour poursuivre leurs activités.

Ce financement était le plus souvent insuffisant et aléatoire. L'autre possibilité était l'intégration au réseau public. Ainsi, de 1970 à 1975, le Ministère devait exiger que les premiers programmes de maintien à domicile, qui avaient été mis sur pied avec l'aide de ces programmes d'emplois temporaires, soient intégrés aux CLSC pour que Québec accepte de les financer. C'était aussi la période dorée en quelque sorte du développement des CLSC. Le Ministère avait des normes pour le moins très souples pour le financement des activités des CLSC. Lorsqu'un CLSC reconnaissait un nouveau besoin sur son territoire, il lui suffisait de traduire ce besoin en budget et de convaincre les représentants du Ministère de sa légitimité pour que les fonds soient alloués.

À partir de 1975, plusieurs phénomènes convergents se produisent : les budgets publics de développement se resserrent et, comme il y a davantage de CLSC et qu'on veut en créer d'autres pour compléter le réseau, les CLSC ne peuvent plus chacun obtenir aussi facilement de nouveaux budgets. Les programmes de création d'emplois temporaires deviennent plus sélectifs, mais surtout les organismes communautaires qui répondent à des besoins particuliers réels (garderies sans but lucratif, maisons de jeunes, maisons d'accueil pour femmes victimes de violence, centres de bénévolat, ressources alternatives en santé mentale, etc.) se développent et s'organisent pour revendiquer un budget plus adéquat pour leur permettre de fonctionner. Et progressivement à partir de cette date, mais après des luttes souvent épiques auprès des décideurs politiques, le budget qui leur sera globalement consenti augmentera d'année en année.

Dans certains cas, ce financement des organismes communautaires fera l'objet d'un budget complètement séparé, comme celui des garderies. Dans d'autres, cela se fera à même les fonds du Ministère. Mais alors, il ne s'agira que d'un financement partiel, le reste devant être assuré par des activités d'autofinancement, d'autres ministères ou des organismes de charité publique. Il y a donc ici un changement de philosophie important.

D'une part, le Ministère reconnaît que les services publics de santé et les services sociaux ne peuvent répondre à tous les besoins de la population, même s'il s'agit dans certains cas de besoins nettement essentiels, comme de pouvoir accueillir une femme violentée, le soir, la nuit ou la fin de semaine.

D'autre part, le Ministère se reconnaît une certaine responsabilité par rapport à la satisfaction des besoins auxquels ces organismes communautaires répondent en acceptant de les subventionner en partie. Mais aussi il renonce

à déterminer les autres actions que ces organismes communautaires peuvent entreprendre dans la mesure où elles trouvent un financement ailleurs. Le Ministère accepte donc qu'il ne lui revient pas de planifier l'ensemble des services d'aide, de soutien ou de soins requis par les personnes et qui leur sont donnés par les organismes communautaires, mais seulement, à la limite, la partie qu'il finance directement¹⁷.

Les commissaires de la Commission Rochon savaient tous qu'il existait de nombreux groupes communautaires au Québec. Mais les nombreuses représentations faites par les organismes communautaires les ont convaincus de leur rôle désormais essentiel dans la distribution de l'aide et des services dont les personnes ont besoin. Les organismes communautaires, selon la Commission Rochon, doivent donc désormais être considérés comme des partenaires à part entière dans la prestation actuelle des services de santé et des services sociaux au Québec¹⁸.

L'importance de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être

La Commission Rochon souligne la nécessité au Québec comme ailleurs d'établir une politique de santé et de bien-être qui fixe des objectifs de résultats à atteindre. Une telle démarche amène aussi à se poser de façon systématique et continue la question suivante : « Est-ce que les sommes investies sont utilisées de la façon la plus rentable possible et de la façon la plus efficace pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population québécoise ? ». Et pour reprendre une citation de la Commission Rochon :

C'est donc rappeler continuellement à ceux qui œuvrent dans le système que l'objectif final de leur intervention, à quelque niveau que ce soit, est d'améliorer la qualité de la vie et l'autonomie des personnes, de les protéger de la violence et de les aider à sortir de leur isolement social et de leur permettre de vivre en meilleure santé et avec une meilleure qualité de vie. Replacer la personne au centre d'un système où les moyens sont devenus trop souvent des fins en soi, c'est s'adapter à l'évolution et à la diversité des besoins¹⁹.

Une telle démarche n'est pas nécessairement facile, puisqu'il s'agit de modifier en profondeur des façons de fonctionner et des dynamiques longtemps établies dans un système déjà complexe et lourd. Il y a donc des outils à construire pour y arriver, des étapes à respecter et de nouveaux processus à mettre en œuvre.

La Commission propose à cet égard l'élaboration d'outils qui permettent de mesurer dans quelle mesure les objectifs visés sont atteints. La chose est plus facile du côté sanitaire, où les indicateurs sont en général plus développés, et plus difficile du côté social. La Commission propose aussi la mise

en place systématique de processus d'évaluation basés sur les résultats atteints. Les moyens mis en œuvre permettent-ils vraiment d'aller dans le sens des résultats qui sont recherchés ?

La nécessité de maintenir la jonction entre les dimensions sanitaire et sociale

Le Québec est la seule province au Canada et une des rares sociétés au monde à avoir établi ce lien organique essentiel entre les dimensions sociale et sanitaire dans l'organisation même de la distribution des services de santé et des services sociaux.

Cette jonction entre la santé et le social s'est avérée plus qu'heureuse. À l'époque, les connaissances disponibles permettaient déjà d'établir les interactions entre ces dimensions. Mais le lien n'était pas encore nécessairement assez spécifique.

Il y a en effet une relation directe entre le soutien social qu'une personne peut trouver autour d'elle et son état de santé. D'après certains auteurs, cela équivaudrait au fait de fumer ou de ne pas fumer, quand on connaît les effets néfastes de la cigarette. Or, cet environnement social qui apporte du soutien, la personne peut d'abord le trouver autour d'elle dans son entourage immédiat, que ce soit en matière d'aide physique, de soutien moral, etc. Ce soutien peut venir de la famille proche, de la famille étendue, de compagnons de travail ou de voisins, etc.²⁰. Il faut aussi tenir compte de la capacité d'un milieu à susciter des possibilités de soutien pour les personnes sous forme d'abord d'aide spontanée pour des problèmes précis et aussi par la suite d'aide plus structurée et régulière au besoin de son environnement social des différents groupes communautaires qui peuvent exister au sein de sa communauté. Il s'agit là de niveaux d'intervention (le réseau naturel et le réseau communautaire) qui n'apparaissent pas dans les statistiques officielles du réseau, mais qui n'en sont pas moins réels²¹.

Les dilemmes de la Commission

Au moment de la publication du rapport de la Commission Rochon, on a pu craindre que le gouvernement ne retiendrait que très peu de ses recommandations. La ministre de l'époque a d'ailleurs effectué à son tour une tournée de toutes les régions pour vérifier par elle-même l'état réel du consensus que le rapport de la Commission essayait de traduire. Mais la Commission avait dans l'ensemble bien fait son travail et faisait une synthèse honnête des centaines d'opinions qu'elle avait reçues au cours de ses audiences. Les groupes que la ministre a rencontrés durant sa tournée lui ont répété essentiellement les mêmes choses qu'ils avaient déjà dites à la Commission.

Plusieurs recommandations de la Commission Rochon ont donc été retenues dans les deux projets de réforme qui ont été rendus publics par la suite (ceux de Mme Lavoie-Roux et de M.-Y. Côté). Par exemple, les recommandations portant sur la nécessité d'une plus grande démocratisation et d'une participation plus marquée du public au sein des mécanismes de prise de décision des établissements et des régies régionales n'ont pas été suivies à la lettre, mais les principes de base sont demeurés. On reconnaît toujours l'importance des organismes communautaires. Le principe de la décentralisation vers les régions a été conservé, afin d'y créer de nouvelles régies régionales dotées d'une autonomie décisionnelle beaucoup plus grande.

D'autres recommandations ont été rapidement écartées, par exemple la possibilité d'une élection au suffrage universel, comme dans les commissions scolaires, des membres du conseil d'administration des régies ou la possibilité pour celles-ci d'imposer des impôts marginaux supplémentaires pour le financement de certains services.

Il y a d'autres recommandations de la Commission, pourtant parmi les plus fondamentales, dont il faut prévoir les conséquences ultérieures sur la réforme en cours.

La réduction de la complexité du système

La gestion et la planification de l'ensemble du réseau étaient devenues trop complexes, en bonne partie à cause du trop grand nombre d'établissements. La Commission se contentait cependant de suggérer la réduction du nombre de centres hospitaliers universitaires, la réduction du nombre de départements de santé communautaire ainsi que la fusion des missions des centres hospitaliers de longue durée (CHLD) et des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie (CAH). Les projets de réforme qui ont suivi sont allés beaucoup plus loin, soit en fusionnant des conseils d'administration en fonction des territoires des CLSC ou des régions (Mme Lavoie-Roux), soit en forçant carrément les fusions d'établissements, comme des petits centres d'accueil ou des CSS avec les centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs (CAR-MSA) d'une même région pour en faire des centres de protection de la jeunesse (M.-Y. Côté), ainsi que la fusion des centres d'accueil s'occupant d'une même clientèle dans une même région. À cet égard, la Commission aurait pu aller beaucoup plus loin que ce qu'elle a suggéré.

Le financement

La Commission Rochon proposait que le financement des services de santé et de bien-être au Québec demeure essentiellement public et que le rythme

d'accroissement de ces dépenses soit légèrement supérieur à la croissance de la richesse collective (évaluée par la croissance du PIB) afin de tenir compte notamment de la pression accrue sur les services de santé et de bien-être qui découlera du vieillissement de la population. Cela supposait trois conditions de base :

1. Le maintien par le gouvernement fédéral de son niveau de contribution (celui-ci est passé de 50 % en 1966 à 38 % en 1990 et décroîtra encore au cours des prochaines années²²) ou, à défaut, le retrait avec pleine compensation du régime fédéral. On sait maintenant qu'aucune de ces deux hypothèses n'est possible. Pour diminuer son déficit, le fédéral veut encore réduire sa contribution dans ce secteur comme d'ailleurs dans tous les autres.
2. La reconnaissance d'une sorte de statut spécial pour le secteur des services de santé et des services sociaux au sein de l'appareil gouvernemental québécois. Faisant face lui-même à la nécessité de réduire ses dépenses dans une période de récession comme celle que nous traversons, le gouvernement québécois doit lui aussi réduire ses dépenses. Ce que recommandait la Commission Rochon supposait donc que le secteur de la santé et des services sociaux échappe à ces restrictions, ce qui revient cependant à dire que tous les autres secteurs gouvernementaux auraient eu à subir des coupures encore plus importantes. La Commission ne pouvait prévoir en 1987 la récession de 1991. Celle-ci change nécessairement les données du problème. La Commission n'a pas suffisamment pris en considération l'impact de sa recommandation sur les autres secteurs d'activité gouvernementale. Où faudrait-il couper davantage : dans l'éducation, dans les secteurs culturels, dans la protection de l'environnement, dans les programmes de développement agricole, ceux du développement économique, etc. ? On voit tout de suite les levées de bouclier possibles.
3. Le maintien d'une forte pression sur le réseau lui-même pour qu'il continue à restreindre « son rythme de développement naturel ». Car le réseau a sa propre dynamique interne de développement et d'appétit budgétaire, qui dépasse largement la croissance de la richesse collective et ne tient pas compte des périodes de récession. D'où la nécessité qu'il y aurait eu à mieux définir les mécanismes d'établissement des priorités dans les dépenses publiques en matière de services de santé et de services sociaux.

La Commission aurait dû envisager l'effet d'autres hypothèses que celle qu'elle a retenue, puisque celle-ci se révèle irréaliste dans la mesure où l'actuelle récession ne permet pas au gouvernement fédéral de maintenir son niveau de contribution, mais ne permet pas non plus au gouvernement provincial d'accorder un statut spécial au réseau des services de santé et des services sociaux. En même temps, les établissements doivent aussi assumer

les effets de la récession. Évidemment, une récession n'est censée avoir que des effets à court terme et on ne peut se baser uniquement sur les effets qu'elle entraîne pour planifier à long terme. Le contexte actuel fait que le débat qui s'amorce sur le financement des services de santé et des services sociaux se produit justement en période de récession, et cela risque fort d'en teinter l'issue, notamment en ce qui a trait à l'universalité, à la gratuité et au caractère public des services de santé et des services sociaux au Québec.

Par ailleurs, certaines prévisions laissent croire que la croissance économique du Québec, pour diverses raisons structurelles, continuera à se faire à un rythme plus lent, même après la reprise espérée, que ce que nous avons connu au cours des années 1983-1990 et encore plus lent que ce que nous avons connu avant la récession de 1981²³. Dans ce contexte, il aurait été utile que la Commission fasse un effort beaucoup plus grand de prospective et qu'elle envisage les conséquences de plus d'un scénario.

Une politique axée vers des objectifs de santé et de bien-être

La Commission proposait l'adoption d'une politique de santé et de bien-être axée vers des objectifs déterminés et, dans la mesure du possible, mesurables et fixait un certain nombre d'objectifs généraux de santé et de bien-être à poursuivre. Quelques années plus tard, au moins trois aspects apparaissent un peu flous et auraient mérité d'être davantage approfondis à l'époque :

1. Le statut de cette politique de santé et de bien-être : la Commission n'a pas vraiment spécifié quelle importance et quel statut cette politique aurait dû avoir. Elle n'a suggéré que quelques balises générales qui devront nécessairement être articulées de façon beaucoup plus claire et détaillée avant d'être proposées et adoptées. La mise en œuvre d'une telle politique suppose cependant un changement majeur d'orientation, notamment dans l'attribution des crédits entre les différents secteurs d'activité. Il est donc prévisible que de telles modifications engendrent des résistances et que plusieurs soient tentés de mettre davantage l'accent sur « les problèmes concrets », donc de développement des services curatifs du réseau, et de mettre en veilleuse l'adoption d'une politique axée davantage vers la prévention et la promotion de la santé et du bien-être.

C'est ce qui est peut-être d'ailleurs en train de se passer, puisqu'on a décidé de faire le débat sur le financement avant celui sur l'adoption d'une politique de santé et de bien-être. La Commission aurait pu être plus explicite et affirmative sur la priorité qu'on aurait dû accorder à l'adoption de cette politique de santé et de bien-être.

2. La Commission aurait pu aussi réfléchir de façon plus poussée sur l'impact que l'adoption d'une politique de santé et de bien-être pourrait avoir sur

le financement des services. Cela nous ramène à un vieux débat : faut-il continuer à financer le développement de services curatifs coûteux ou plutôt investir dans la prévention²⁴ ? Ce débat existe depuis les débuts de la réforme de 1972 et il a à peu près toujours été tranché en faveur du développement des services curatifs. En général, la mise en œuvre de moyens curatifs, même s'ils sont efficaces, n'entraîne pas nécessairement d'économies naturelles dans les services curatifs puisque ceux-ci, devant une baisse éventuelle de clientèle dans un secteur, s'orientent vers d'autres clientèles dont les besoins ne sont pas complètement satisfaits. Sans contrôle serré et déplacement de ressources d'un secteur à l'autre, le développement de la prévention peut même finir par coûter plus cher s'il n'y a pas déplacement de ressources d'un secteur à l'autre. Il faut alors des mécanismes d'arbitrage éclairés et efficaces pour arriver à infléchir ces tendances. La Commission n'est pas allée assez loin dans cette direction.

3. La Commission Rochon n'a rien suggéré non plus quant au processus d'adoption et de mise en œuvre d'une telle politique de santé et de bien-être. Doit-elle venir seulement du Ministère ou doit-elle au contraire être soumise à une large consultation ? Quels intervenants concerne-t-elle ? On sait que plusieurs autres secteurs d'activité ont des effets sur la santé. En matière de prévention, eux aussi doivent participer. Une telle politique ne peut être simplement décrétée à partir du niveau central. Elle doit aussi être actualisée et mise en œuvre aux niveaux local et régional. Or, la Commission n'a pas été explicite du tout sur le processus et les mécanismes qui permettraient d'adopter et de mettre progressivement en œuvre une politique dynamique et stimulante de santé et de bien-être.

L'universalité et la gratuité des services

C'est un des sujets épineux que la Commission avait à traiter. Or, celle-ci était au départ un peu prisonnière des hypothèses relativement optimistes qu'elle faisait en matière de financement. Le sujet était très délicat aussi dans le contexte de l'époque²⁵. La Commission proposait de maintenir l'universalité et la gratuité des services. Elle était consciente des limites que la mise en application de ces principes pouvait rencontrer dans un contexte de pénurie relative. Elle proposait donc de maintenir en matière de services de santé le caractère universel et gratuit d'un « panier de base » de services essentiels, les autres pouvant être soumis à différentes formes de facturation comme c'est déjà le cas pour certains actes médicaux²⁶. La question est donc alors de définir ce que doit contenir ce fameux panier de base. La Commission ne se prononce pas, car elle considère que c'est d'abord une question politique. Le Québec, en effet, a profité notamment du régime fédéral de partage des coûts

des services de santé pour étendre plus que d'autres provinces la couverture des services gratuits, comme les médicaments aux personnes âgées, les soins dentaires aux enfants, les prothèses pour personnes handicapées, les examens ophtalmologiques, etc. La Commission ouvrait donc la possibilité à ce chapitre de reprendre le débat sur les services qui devraient être couverts par le régime public et sur ce qui pourrait ne plus l'être en raison des contraintes budgétaires des gouvernements²⁷.

En matière de services sociaux, la Commission était encore plus sélective. Le financement offert par le gouvernement fédéral n'est d'ailleurs pas le même : il ne couvre que 50 % des services sociaux pour les personnes qui vivent en dessous d'un certain seuil de revenu. En 1972, le gouvernement québécois espérait qu'on appliquerait au secteur des services sociaux les mêmes principes qu'en matière de services de santé. Ces espoirs ne se sont jamais concrétisés et il a dû se charger seul du développement d'une bonne partie des services sociaux.

Fait important, la Commission ne recommande pas à cet égard le maintien intégral de l'universalité. Elle le propose seulement pour les personnes qui sont aux prises avec les trois problèmes sociaux qu'elle juge essentiel de résoudre en toute circonstance, soit les personnes qui vivent des problèmes de violence, de déviance ou de mésadaptation sociale ou des problèmes sérieux d'intégration sociale. Pour le reste, la Commission se contente de dire que les autres services sociaux ne devraient être gratuits qu'en deçà d'un certain niveau de revenu, mais sans cependant spécifier quel devrait être ce niveau, puisque c'est là une décision d'abord politique qui découle des objectifs budgétaires et de développement qu'un gouvernement peut se fixer.

La privatisation des services

La Commission avalise donc en quelque sorte, tout en protégeant un panier de services publics qu'elle juge essentiels, un mouvement qui se fait sentir déjà depuis plusieurs années. La part du financement public des dépenses de santé au Québec est en effet en nette décroissance : de 1977 à 1985, elle est passée de 83,2 % à 78,9 %, soit une moyenne supérieure à 0,5 % par an. Et la tendance semble bien demeurer constante. Cela, en matière de services de santé car la tendance est plus difficile à évaluer en matière de services sociaux, puisque la frontière entre ce qu'est un service social et ce qui n'en est pas est souvent beaucoup plus floue. Notamment en matière d'hébergement et de services aux personnes âgées où les services privés se développent rapidement à la fois parce que les revenus d'une partie substantielle des nouvelles personnes âgées en situation de besoin augmentent, mais aussi à cause des restrictions de plus en plus grandes imposées à l'accès aux services publics.

La réduction des inégalités et la lutte à la pauvreté

L'élément le plus important pour améliorer l'état de santé de la population consiste nécessairement à réduire les écarts de santé et de bien-être entre les différentes couches de la population. C'est là le défi le plus important du réseau des services de santé et de services sociaux pour au moins les deux prochaines décennies. Il n'est pas normal et surtout pas désirable que l'espérance de vie soit de quatorze ans plus élevée dans un quartier riche de Montréal que dans un quartier pauvre voisin²⁸. Il n'est pas non plus acceptable que la délinquance ou les mauvais traitements infligés aux enfants soient plus marqués dans certains quartiers plutôt que dans d'autres sans qu'on change pour autant les stratégies d'intervention²⁹.

CONCLUSION

L'analyse historique de l'évolution du réseau des services de santé et des services sociaux au Québec nous enseigne que les problèmes de financement ont toujours été des déterminants importants de son évolution. Ces problèmes ont été la cause directe de la mise en place des deux commissions d'enquête que nous avons connues au cours des deux dernières décennies. S'il est vrai que l'évolution de la société québécoise et celle des besoins de sa population déterminent en bonne partie l'évolution des services de santé et des services sociaux, il n'en demeure pas moins que cette évolution est largement influencée par la problématique du financement. C'est ainsi qu'il apparaît presque normal, dans le contexte actuel, de remettre en question la gratuité d'accès à certains services, ce qu'on n'aurait jamais cru possible en période de croissance économique.

L'analyse historique nous enseigne aussi que les résultats atteints ne sont pas nécessairement ceux qui étaient anticipés au départ. Cela a notamment été le cas avec les CLSC qui, avec le temps, ont développé leur personnalité propre, différente de celle qu'on entrevoyait au départ (c'est-à-dire axée sur une étroite complémentarité avec les centres hospitaliers). En fait, une fois mise en place, chacune des structures semble évoluer selon une dynamique qui lui est propre, d'une façon assez indépendante de l'orientation de l'ensemble du réseau.

Cette analyse historique met aussi en exergue l'importance d'adopter une politique de santé et de bien-être qui permette à tous les acteurs d'agir dans une même direction, soit celle de l'amélioration des conditions de vie de l'ensemble de la population du Québec. Il faut en effet sortir d'un cadre de réflexion trop étroit qui serait confiné à l'analyse des services curatifs seulement. Il faut voir plus loin.

Mais cette réorientation intervient dans un contexte budgétaire difficile. Il est donc tentant d'associer ces nouvelles préoccupations envers la santé et le bien-être de la population à une volonté de réduire les coûts des services de santé et des services sociaux. On pourrait ainsi valoriser la prise en charge par les personnes, les milieux naturels ou les organismes communautaires afin d'avoir à investir moins dans le développement des services publics plus coûteux.

Mais cela ne doit pas être le cas. Quel que soit l'état des finances du réseau de services, une telle politique de santé et de bien-être s'impose. La preuve est en effet maintenant faite que ce n'est pas en développant davantage les services curatifs qu'on pourra améliorer le niveau de santé et de bien-être de la population du Québec. Il faut au contraire que tous les acteurs, et cela dépasse largement le seul cercle des intervenants du réseau, se mobilisent pour agir tous ensemble vers l'atteinte d'objectifs les plus précis possibles, afin d'éviter la dispersion des efforts.

Il est évident que le pouvoir central, à cet égard, pourra donner une orientation générale. Mais ce n'est pas à ce niveau seul que les changements les plus significatifs pourront intervenir. Ces objectifs nationaux, qui devraient être contenus dans l'imminente politique de santé et de bien-être du gouvernement québécois, devront devenir la propriété des milieux locaux et régionaux. Seule une mobilisation à tous ces différents niveaux pourra assurer le succès de la mise en œuvre d'une telle politique de santé et de bien-être au Québec. Il faudra aussi que ces efforts soient constants dans le temps : on n'efface pas du revers de la main les conséquences de dix ou vingt ans de pauvreté ou de vie dans des conditions difficiles. Cela prend nécessairement du temps. Le Ministère jusqu'à maintenant s'est montré plutôt prudent dans sa volonté de mobiliser les différents acteurs concernés (municipalités, corporations professionnelles, patrons, syndicats, etc.). Le ministère de la Santé et des Services sociaux a jusqu'ici été vu comme étant le ministère des « conséquences », héritant des problèmes causés dans d'autres sphères d'activité. C'est cette orientation qu'il faut changer. Ce sera nécessairement le défi de la prochaine décennie.

Notes

1. BÉLANGER, Jean-Pierre : *Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être*, document thématique de la Commission Rochon, Québec, 1988.
2. Lorsque Claude Castonguay démissionna de la présidence de la commission qui portait son nom afin de se présenter aux élections de 1970 où il fut élu, il fut

remplacé par Gérard Nepveu. Pour la fin de son mandat, la Commission fut donc connue comme la Commission Castonguay-Nepveu. Nous avons utilisé le vocable Commission Castonguay dans la suite du texte afin de ne pas trop l'alourdir.

3. Jean-Yves Rivard fut un des premiers et des plus célèbres économistes de la santé au Québec. Il est décédé prématurément d'une crise cardiaque au début des années 70. Le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, où il enseignait, a institué en son souvenir un colloque annuel très couru dans le milieu des services de santé.
4. École d'administration hospitalière et sociale : *Compte rendu du premier colloque Jean-Yves Rivard*, Université de Montréal, 1976.
5. On a eu une autre preuve du pouvoir politique que le corps médical pouvait mobiliser à l'été de 1991 lorsque les associations médicales ont réussi à forcer le ministre responsable de la réforme à se rasseoir à la table de négociation pour rediscuter avec elles les principes et les modalités d'application de sa réforme.
6. La Commission Rochon en constatera l'échec 15 ans plus tard. Elle jugera en effet la faillite du mécanisme de délégation d'actes sur lequel reposait un système fondé sur la définition de champs d'exercice professionnel exclusifs, pour suggérer plutôt un système fondé sur la définition plus restreinte « d'actes exclusifs ».
7. Les HMO ou *Health Maintenance Organizations* sont des organisations de soins de santé américaines qui, contre un coût d'adhésion annuel fixe, s'engagent à donner aux membres tous les soins de santé que leur état nécessite. On y met donc beaucoup l'accent sur la prévention et les soins de première ligne, afin de réduire les coûts le plus possible. Les HMO constituent une solution de rechange à la pratique médicale privée à l'acte et au développement de la médecine surspécialisée.
8. Ce nombre comprend les trois CLSC du Grand Nord créés en vertu de l'entente de la Baie-James ainsi qu'un autre CLSC qui devait être fusionné à son voisin selon les plans du Ministère, ce qui n'a pas encore été fait.
9. Présidé par le Dr Corbett MacDonald, spécialiste en santé communautaire, alors professeur invité à l'Université McGill.
10. MSSS : *Document d'orientation ministériel sur les Départements de santé communautaire*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988.
11. LALONDE, Marc, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1974, 82 p.
12. BÉLANGER, Jean-Pierre. *Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être*, dossier thématique de la Commission Rochon, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988.
13. Conseil des affaires sociales : « *Objectif : Santé* », Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, CASF, 1984.
14. Ontario Health Review Panel : *Health for All, Ontario : Report of the Panel on Health Goals for Ontario*, Gouvernement de l'Ontario, août 1987.
15. DUHAIME, Yves. *Discours du budget*, ministère des Finances, Québec, printemps 1984.
16. C'était le cas des centres hospitaliers avec l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation au début des années 60.

17. Certains organismes réclament du Ministère un financement libre d'attache qui leur permettrait de fonctionner de façon autonome, sans avoir de comptes à rendre sur ce qu'ils font et sans tenir compte non plus des priorités gouvernementales. Je crois pour ma part qu'il y a toujours une façon de trouver de l'autonomie à travers le financement public, et cela justement parce que souvent les modes de contrôle, à l'image de ce qui s'applique dans le reste du réseau, laissent beaucoup d'autonomie aux intervenants. Certains groupes réclament une autonomie presque totale pour le financement communautaire, se prévalant du fait qu'ils sont près des besoins de la population et qu'ils savent mieux que les autorités régionales ou centrales ce qui est bien pour répondre de façon plus appropriée aux besoins de la population qu'ils desservent. C'est à mon avis une utopie irréaliste, surtout dans l'actuel contexte de restrictions budgétaires.
18. Le rapport du comité Harnois sur la santé mentale a été publié avant celui de la Commission Rochon et prônait ce même principe d'une reconnaissance plus grande des organismes communautaires. Les deux organismes se sont consultés cependant en cours de route afin de faire en sorte qu'ils ne se contredisent pas l'un l'autre. Mais de toute façon, le sujet semblait « mûr ».
19. Commission Rochon : *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 1988, p. 474-475.
20. Voir notamment à ce sujet : *Les déterminants de la santé*, publication n° 5 de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), Toronto, septembre 1985.
21. Mais comment réussira-t-on à intégrer les interventions des organismes communautaires dans les statistiques du réseau ? Pour l'instant, il n'y a pas intérêt à le faire du point de vue des organismes, mais à un moment donné, il faudra bien poser la question.
22. Commission Rochon, p. 359 et ss.
23. LAMONDE, P. et J.-P. BÉLANGER, « *L'Utopie du plein emploi* », Montréal, Boréal, 1986.
24. Par exemple, faut-il développer de nouvelles unités de néo-natalogie coûteuses pour traiter les bébés à petit poids à la naissance ou plutôt financer des programmes de soutien aux mères à faible revenu (comme les programmes OLO par exemple) qui sont proportionnellement plus nombreuses à avoir de tels bébés ? Les projets OLO (Oeufs, Lait, Orange) fournissent des suppléments alimentaires aux futures mères de milieux défavorisés. Leur effet bénéfique a été démontré à la fois sur la réduction du nombre de bébés de petit poids ainsi que sur la meilleure santé des nourrissons.
25. Différents documents gouvernementaux, dont le rapport Gobeil, et plusieurs organismes patronaux prônaient une privatisation plus grande du secteur des services de santé et des services sociaux.
26. Comme en matière de chirurgie esthétique, d'injections variqueuses, de certains médicaments pour les bénéficiaires d'aide sociale ou pour les personnes âgées, etc.
27. Cette possibilité est cependant limitée par le fédéral qui rend ses contributions financières aux provinces conditionnelles au maintien du principe de l'universalité et de la gratuité notamment d'un certain nombre de services de santé.
28. O'LOUGHLIN, J. et J.-F. BOIVIN, *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de*

Montréal, étude n° 12 de la Commission Rochon, Gouvernement du Québec, 1988.

29. BOUCHARD, Camil, « L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants : une réflexion critique sur la pratique québécoise », dans *Santé mentale au Québec*, 1983, vol. 8, n° 2 : 140-146.