

Lien social et Politiques

L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité

Benoît Gaumer

La santé au risque du social
Numéro 55, printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013221ar
DOI : [10.7202/013221ar](https://doi.org/10.7202/013221ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et Politiques*, (55), 25–32. doi:10.7202/013221ar

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec: du modèle à la réalité

Benoît Gaumer

When terminologies change, when new terms are invented, or existing terms are given new meanings, these actions signal that something important has happened to the career or history of a social problem (Spector et Kitsus, 1977).

Pour la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES) pilotée par Claude Castonguay à la fin des années soixante au Québec, toute réforme en matière de santé et de bien-être devait tenir compte des problèmes sociaux. Trois des sept volumes de son rapport concernent le social. Volumineux, solidement documentés, ils s'intitulent respectivement *Le développement* (III), *La sécurité du revenu* (V) et *Les services sociaux* (VI). Dans l'esprit des enquêteurs, le modèle médical dominant de la santé et de la maladie devait, dans le nouveau «régime de la santé» qu'ils proposaient, céder la place à un modèle social. L'importance accordée au social et au lien puissant l'unissant à la santé sera concrétisée par la création d'un ministère des Affaires sociales (MAS) chargé de la mission sociale et de la mission santé, mais aussi du revenu. De façon étonnante, les enquêteurs ne s'étaient pas préoccupés de la santé publique. Un comité spécial réparera cet oubli dès la nais-

sance du nouveau ministère et, dans le cadre de la réforme du système de santé et des services sociaux, de nouvelles structures vont apparaître: centres des services sociaux (CSS), départements de santé communautaire (DSC), centres locaux de services communautaires (CLSC). Auront-elles facilité le maillage des missions qui leur étaient confiées? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une analyse longitudinale de ces trois nouvelles institutions, plus particulièrement des CSS et de leur devenir. Depuis trente-cinq ans, plusieurs réformes du système de santé et des services sociaux se sont succédé, occultant parfois la dimension sociale de la santé, réduisant souvent les services sociaux à la portion congrue du système ou renvoyant la mission sociale à d'autres partenaires de l'appareil gouvernemental. Qu'en fut-il lors des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (CESSS), présidée par Jean Rochon? Quelle place le social et le

sanitaire prennent-ils dans la réforme du début des années quatre-vingt-dix, axée sur le citoyen et sur la décentralisation du système? Qu'apporte la dernière Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), présidée par Michel Clair, dans le long débat sur la place respective du social et du sanitaire? Le Gouvernement du Québec s'est doté successivement d'une politique de santé et d'un programme national de santé publique accordant une place importante aux déterminants sociaux de la santé et de la maladie. Peut-on déjà dresser un tableau de l'impact de la restructuration actuelle du système sur sa double mission, sociale et de santé?

Révolution tranquille et modèle social du nouveau régime de la santé

Il n'est pas toujours facile de délimiter les champs respectifs de la santé publique, des services sociaux

et des services de soins dans le cadre de la politique sociale et de santé du Québec. Les définitions ont changé avec les années. En 1971, le comité d'étude sur la prévention sanitaire créé de toute urgence par le nouveau ministère des Affaires sociales pour sauver la santé publique définit ainsi le champ de cette dernière: «des services dispensés à toute la collectivité par des agences publiques locales ou centrales, principalement pour le maintien de la santé et la prévention des maladies plutôt que le traitement des maladies» (Rapport du Comité McDonald, 1971: 2). Il s'en est fallu de peu que les anciennes structures de santé publique, comme les unités sanitaires de comté, sévèrement critiquées dans le rapport de la CESBES, disparaissent lors du grand chambardement de la Révolution tranquille (Desrosiers et al., 1998: 153). Un nouveau paradigme s'imposait en effet aux commissaires enquêteurs chargés de proposer un nouveau «régime de la santé». Dénonçant l'ancien modèle médical dominant, ils souhaitent un nouveau modèle social intégrant les «dimensions préventives, correctives, de réhabilitation, des soins prodigués au malade (ou plutôt au couple personne famille), tout au long de son existence», c'est-à-dire une «médecine

globale» (*comprehensive health care*). Alors que le modèle médical traditionnel «considère la maladie comme un problème entièrement ou principalement organique», le modèle social envisagé l'aborde comme «un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale, l'individu ou la famille, et le milieu au sein duquel elle évolue» (Rapport de la CESBES, IV, II, 2, 2, 1970: 28). L'accent est alors mis sur la nécessité et l'obligation d'améliorer le milieu pour améliorer la santé des personnes. Il n'est pas surprenant que le volume III sur *Le développement* précède le volume IV sur *La santé*, bien qu'il paraisse seulement en 1971; Claude Castonguay est alors devenu ministre des Affaires sociales, et il a déjà décidé de fusionner mission sociale et mission de santé. La CESBES poursuit la tâche qui lui a été confiée en 1966 — «faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social» — sous la houlette de son nouveau président Gérard Nepveu; son mandat «englobe trois des éléments fondamentaux du développement social, soit la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu» (Rapport de la CESBES, III, I, 1: 11 et 12). Tous les travaux de la CESBES semblent baigner dans ce qui pourrait apparaître comme une nouvelle culture des problèmes sociaux. Ces derniers, aux yeux des enquêteurs, ne peuvent plus être abordés comme des problèmes individuels ni résolus exclusivement au niveau de la famille et de la communauté locale (Rapport de la CESBES, I, 1968: XI). La santé et le bien-être social, but ultime recherché par le nouveau «régime de la santé» proposé, ne peuvent être atteints que dans le contexte de la société tout entière, qui doit «avant tout procurer à l'homme les conditions sociales les

plus favorables à son épanouissement dans les diverses formes de son activité» (Rapport de la CESBES, IV, II, 1970: 13). Il n'est donc pas surprenant que la CESBES consacre deux tomes du volume III à tenter de cerner ce qu'elle appelle *le développement humain et le développement social*. La santé et les services sociaux constituent deux des secteurs du développement social, les cinq autres étant respectivement: le travail, le repos et les loisirs, l'éducation, le logement et la sécurité du revenu. Le nouveau grand ministère des Affaires sociales du début des années soixante-dix englobe dans sa mission trois de ces secteurs.

CSS, DSC et CRSSS: un premier rendez-vous manqué?

En décembre 1970, en effet, un ministère des Affaires sociales est créé, regroupant plusieurs fonctions de la gouvernance centrale de l'État québécois. Claude Castonguay l'investit avec une partie de son équipe de la CESBES. Le nouveau ministre intègre santé, service social et revenu, fidèle à la ligne définie dans le rapport. Les structures périphériques mises en place ne vont pas avoir le même souci intégrateur. Que fallait-il faire des anciennes agences diocésaines de services sociaux? Comme pour la santé, la CESBES avait déploré l'éparpillement des services en de multiples institutions (agences diocésaines mais aussi hôpitaux, appareil éducatif et justice), ainsi que le fractionnement de l'action selon les milieux de vie (services à la famille, à l'enfance, à la jeunesse, aux personnes âgées, aux handicapés, aux migrants, aux groupes ethniques). Une intégration s'imposait, comme pour les services de santé, dispersés en services de soins, de prévention et de réhabilita-

tion; il fallait un guichet unique facilitant l'accessibilité aux services. Ce modèle d'organisation s'imposait d'autant plus qu'il devait profiter à toute la population du Québec et non pas seulement aux «pauvres et aux indigents» (Rapport de la CESBES, VI, I, 1972: 70 et 71). Tandis que l'Assemblée nationale du Québec débat encore du projet de loi 65 sur l'organisation des services de santé et des services sociaux déposé en juillet 1971, la CESBES, favorable à la décentralisation, se prononce dans son rapport pour une régionalisation fondée sur les «territoires actuels des dix régions administratives» du Québec (*ibid.*: 284). Elle propose, pour chacune d'entre elles, la création d'un office régional des affaires sociales (ORAS) relevant d'une administration centrale des services sociaux distincte de la santé, sous la forme d'un ministère des Services sociaux (Rapport de la CESBES, VI, II, 1972: 72). Il n'était pas question pour la Commission alors présidée par Gérard Nepveu de créer un ministère des Affaires sociales regroupant le social, la santé et le revenu. Quelque temps plus tard, Gérard Nepveu rejoindra le nouveau MAS, comme sous-ministre adjoint au développement, chargé par le nouveau ministre Claude Castonguay de mettre en place les conseils régionaux de la santé et des services sociaux, un des éléments clés à ses yeux pour développer un véritable «réseau intégré d'établissements de distribution des soins et services» (Castonguay, 1972: 20). Les ORAS, appelés ORSS (offices régionaux des services sociaux) dans le Rapport de la CESBES, deviendront les CSS (centres de services sociaux: un par région sanitaire, sauf à Montréal) dans le texte final de la Loi sur la santé et les services sociaux, adoptée

le 24 décembre 1971. Douze CRSSS seront créés (il s'agit au départ d'une simple déconcentration de certaines fonctions du MAS) et, en parallèle, quatorze CSS (trois à Montréal, pour chacune des communautés: francophone, anglophone et juive); ces derniers sont de nouvelles institutions autonomes, au même titre que les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans la même foulée et suite aux recommandations du Comité McDonald, trente-deux départements de santé communautaire seront installés dans autant de centres hospitaliers désignés, couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Le social relevant plutôt des CSS et la santé publique étant nettement rattachée aux DSC, les deux missions vont se développer en parallèle. Les centres locaux de services communautaire (CLSC), qui naissent en même temps malgré les hésitations des autorités centrales et l'opposition des groupes d'intérêts, vont ultérieurement se les réapproprier sur une base locale.

Les CSS et leur brève histoire

La création des CSS en 1972 s'inscrit dans la réorganisation et l'élargissement en cours des systèmes de services publics (Lesemann, 1980: 7). Au départ leur vocation est de «rendre accessibles des services sociaux à une population donnée qualifiée uniquement par son appartenance à un territoire administratif»; elle sera «progressivement modifiée au profit de l'exécution de mandats ministériels de protection et de surveillance d'une catégorie sociale précise» (*ibid.*: 17). Cette «décentralisation technocratique» s'accompagne de l'imposition par le MAS de programmes décidés centralement, comme lors de l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (Lesemann, 1978: 41). La

mise en place d'un réseau intégré, décloisonné et coordonné de services sociaux sera laborieuse, comme pour les services sociaux hospitaliers (Robichaud, 1985: 37). Lors d'un premier bilan, en 1979, le directeur général de l'Association des centres de services sociaux du Québec parle d'un «étrange malaise dans le CSS, exprimé tant par les cadres que par le personnel syndiqué», c'est-à-dire les travailleurs sociaux au contact des besoins de la population; et pourtant ils auraient fait «des pas de géant dans la réalisation de leur mission» (Sabourin, 1979: 2). Victimes des compressions budgétaires du début des années quatre-vingt, occupés à préserver les services existants, les CSS auront eu très peu de temps pour développer de nouvelles activités relevant de leur mission sociale. Les CLSC et les DSC devaient être les endroits privilégiés de l'intégration du sanitaire et du social. Les premiers seront mis en place très lentement et leur existence sera régulièrement remise en cause (Gaumer, 2005). Quant aux seconds, ils hésiteront à s'engager dans des actions sociales d'envergure et disparaîtront lors de la nouvelle réforme du système de santé et de services sociaux, au début des années quatre-vingt-dix, intégrés dans les nouvelles régies de la santé et des services sociaux qui remplacent les CRSSS. Ceux-ci, au cours des premières années de leur existence, n'ont disposé que d'une étroite marge de manœuvre par rapport au MAS. Celui-ci ne leur a confié que des mandats très limités, malgré un conseil d'administration qui aurait dû leur donner une plus grande emprise sur les problématiques sociosanitaires de leur région. À partir de 1975 cependant, avec la création de commissions administratives, en partenariat avec les établissements sociosanitaires de

leur territoire, une certaine décentralisation administrative s'opère. Ce virage, recommandé par la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux présidée par Jean Rochon, va s'accélérer avec la nouvelle réforme du système, au début des années quatre-vingt-dix. Les CRSSS se transforment en régies régionales de la santé et des services sociaux, beaucoup plus autonomes par rapport au MAS, dotées d'un pouvoir direct sur les établissements sociosanitaires de leur territoire. En intégrant les trente-deux départements de santé communautaire, les régies vont être amenées aussi à assumer la mission de santé publique consolidée par plus de quinze années d'efforts des DSC. Par contre, la mission de services sociaux laborieusement développée par les CSS au début des années soixante-dix va être définitivement transférée, soit aux CLSC, pour les services sociaux courants, soit vers de nouvelles institutions (les centres de protection de la jeunesse), pour certains services sociaux spécialisés.

Les CLSC, lieux de conciliation des deux missions ?

Dans leur bilan de l'enquête sur les services de santé et les services sociaux du Québec réalisée entre

1985 et 1987, les membres de la CESSSS parlent de «système en otage» (Rapport de la CESSSS, 1988: 395). Les conflits ont été nombreux entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour départager leurs responsabilités et «territoires» propres. Les établissements hospitaliers sont souvent en vive concurrence pour obtenir de nouvelles ressources. Le «cloisonnement» des missions sociale et de santé publique concerne également CRSSS, DSC, CSS et CLSC (centres locaux de services communautaires). Ces derniers devaient être le fer de lance de la conciliation entre médecine de soins, prévention et réadaptation, conformément aux recommandations du rapport de la CESBES. Né dans l'enthousiasme créatif de la Révolution tranquille, le mouvement des CLSC s'est orienté, non sans difficultés, vers la mobilisation des communautés locales, incitées à prendre elles-mêmes en charge leurs problèmes de santé et de bien-être. L'implantation des CLSC, semée d'embûches, a suscité des luttes de pouvoir à l'interne comme à l'externe. Ils devaient organiser toutes sortes d'activités de première ligne, relevant de leur double mission, sociale et de santé. Tout comme les DSC pour la santé publique, les CSS, pour la mission sociale, vont devoir offrir les services sociaux de première ligne en attendant l'implantation des CLSC (MAS, juillet 1972: 9). La mise en place progressive des CLSC va se traduire par le développement de pratiques sociales novatrices (Roy, 1977: 37). On ne fait plus du «case work», mais de l'action communautaire et de «l'action sociale préventive», non sans résistances et tâtonnements. Lors du bilan de l'activité des premiers CLSC, com-

mandé par le MAS, deux des enquêteurs «minoritaires» proposent de confier «aux CLSC les services sociaux dits "généraux" et aux CSS les services sociaux dits "spécialisés"» (Alary et Lesemann, 1975: 54). Après bien des débats et des divergences de vues entre les praticiens des services sociaux et les administrateurs du MAS, des CSS et des CLSC, un partage est enfin établi: tous les services sociaux dits de première ligne ou courants seront transférés par étapes vers les CLSC, qui s'en trouveront considérablement renforcés. L'action communautaire, développée plus ou moins intensément par eux, constituait dès le début de leur création un des trois modes du travail social, à côté de l'intervention psychosociale individuelle et de l'intervention de groupe. Il s'agissait, selon le MAS, d'«amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé et sociaux du milieu par l'information, l'animation et l'éducation» (Brunet, 1972). De nouveaux professionnels apparaissent, les intervenants sociaux, qu'il est parfois difficile de distinguer des autres intervenants psychosociaux, tels les praticiens du service social. Ils vont alimenter le flambeau de la mission sociale, sans être toujours reconnus à leur juste mérite par les autres professionnels de leur organisation, ni par le MAS. Les trois grandes fonctions attribuées à l'origine aux CLSC: le médical, le social et le communautaire, relevaient à la fois d'initiatives populaires et d'une volonté politique manifestée, pas toujours explicitement, par le MAS. N'y a-t-il pas eu au fil des années essoufflement des premières et manque de persévérance du second?

De la commission Rochon à la réforme du ministre Côté

La commission Rochon (CESSSS) a été mandatée en 1985 par le gouvernement pour étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de services de santé et de services sociaux. Beaudoin (1990: 144) souligne que, contrairement à la Commission Castonguay-Nepveu, qui «avait considéré les problèmes reliés à la sécurité des revenus comme faisant partie des problèmes de base auxquels la société québécoise devait s'adresser au moment de la réforme en matière de santé et de bien-être», elle n'a pas touché «directement à la dimension de la sécurité des revenus et des inégalités existant dans la société québécoise». Effectivement, ses recommandations visent essentiellement l'amélioration du fonctionnement et du financement des services sociaux et des services de santé, bien qu'elle ait identifié deux conditions préalables à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, «finalité fondamentale du système de services de santé et de services sociaux: la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social» (Rapport de la CESSSS, 1988: 685). De plus, parmi les éléments d'une politique de santé et de bien-être, elle cite «l'accessibilité universelle à des services personnalisés, continus et de qualité», «la prévention des problèmes de santé axée sur dix priorités», ainsi que «la prévention de trois types de problèmes sociaux prioritaires» (*ibid.*: 686). La transformation du MAS en MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux), un an avant les travaux de la Commission, était significatif. Une partie de la mission sociale ou du champ social, le revenu, lui a été

retirée. Au même moment, un comité chargé d'effectuer un nouveau bilan des CLSC estime que ces derniers doivent se limiter à cinq services essentiels: services de santé et sociaux de base, maintien à domicile, programme de santé mentale, programme enfance famille, programme jeunesse et un seul programme spécifique au territoire. Selon les membres du comité, il faut distinguer dans l'action communautaire, c'est-à-dire pour eux l'intervention sur les problèmes sociaux, celle qui relève des intervenants du CLSC et celle qui est de compétence externe (MSSS, 1987). Par contre, dans son programme de recherche, la commission Rochon accorde beaucoup de place aux services sociaux, à leur évolution, aux clientèles et à leur évaluation, aux comparaisons avec d'autres pays, notamment scandinaves, et elle publie, entre autres travaux importants, une *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*. Le champ des services sociaux est aussi l'objet d'un essai de conceptualisation à l'intérieur du social et de la politique sociale dans le cadre de ces recherches. Comme quinze ans plus tôt, on énumère les domaines de la politique sociale qui concourent au bien-être social et à la santé. Changements sémantiques mis à part, six demeurent (le repos et les loisirs ont disparu!): sécurité sociale, travail et main-d'œuvre, habitation et environnement, éducation, santé et services sociaux (Beaudoin, 1987: 21). Le transfert des services sociaux courants des CSS vers les CLSC, en cours de réalisation, va renforcer la mission sociale de ces derniers, qui s'engagent de plus en plus dans le soutien aux organismes communautaires, facilitant leur développement. Après

quelques tergiversations, la nouvelle équipe gouvernementale endosse la plupart des nouvelles orientations proposées par la CESSSS. Une nouvelle réforme du système de santé et de services sociaux est mise en chantier par le ministre Marc-Yvan Côté, au début des années quatre-vingt-dix. Les CLSC sont définitivement reconnus comme la porte d'entrée principale d'un système de santé et de services sociaux «pyramidal». La mission de santé publique est également consolidée: les trente-deux DSC sont regroupés dans les dix-sept nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux qui remplacent les CRSSS.

Politique de santé et programme national de santé publique

Ayant transféré tout ce qui concernait le revenu à une autre instance gouvernementale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (ainsi nommé depuis 1985) se dote en 1992 d'une *Politique de la santé et du bien-être*. Dix-neuf objectifs de réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux sont priorisés. La Direction générale de la santé publique du MSSS, créée en 1993, et les nouvelles directions régionales de santé publique vont s'impliquer étroitement dans l'élaboration et la stratégie de mise en œuvre de cette politique. Cette implication sera encore plus précise lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, puis avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* (Colin, 2004). L'accent mis sur une compréhension élargie des déterminants de la santé, que révèlent ces initiatives, explique également la transformation et l'élargissement des fonctions ou rôles de la santé publique, ainsi que l'intérêt

renouvelé pour le maillage entre la santé et le social.

Les nouveaux CSSS et leur responsabilité populationnelle

En 2004 le nouveau ministre Philippe Couillard met en chantier une nouvelle réforme du système de santé et de services sociaux du Québec. Il s'agit avant tout de développer des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour remédier aux faiblesses récurrentes du système (essentiellement des services de soins) et en améliorer l'efficacité. Les anciennes régies de la santé et des services sociaux, qui avaient laborieusement acquis une certaine autonomie par rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux, sont transformées en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, chargées par le MSSS de créer en particulier sur leur territoire des centres de santé et de services sociaux regroupant un ou plusieurs CLSC et CHSLD (centre hospitalier de soins de longue durée), la plupart du temps autour d'un centre hospitalier local ou régional. Que vont devenir les missions sociale et de santé publique des CLSC, intégrés dans ces nouvelles

entités de gestion? Un cadre de partage des fonctions ou rôles de santé publique entre directions régionales de santé publique et CLSC avait déjà été tracé ces dernières années, à l'exemple de celui qui avait présidé au transfert des services sociaux des CSS vers les CLSC, et il est déjà partiellement réalisé. Les directions régionales de santé publique vont-elles pouvoir s'engager plus intensément dans l'action intersectorielle afin de participer plus efficacement à l'effort collectif de réduction des inégalités de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé? On peut s'interroger également sur les risques d'affaiblissement voire de disparition de l'action communautaire dans ces nouveaux CSSS, d'abord préoccupés d'améliorer l'efficacité des services de soins, attendue comme une priorité par la population, relayée par les politiciens et imposée aux gestionnaires de ces nouvelles entités. Comment vont-ils en effet se repositionner par rapport à cette action communautaire, la nouvelle direction générale étant plus éloignée que les anciennes directions de CLSC de leur base locale d'intervention, le quartier ou la municipalité régionale de comté (MRC)?

Conclusion

Comme l'illustre l'histoire récente des réformes du système de santé et de services sociaux du Québec, les champs du social et du sanitaire sont étroitement imbriqués et cette double réalité a inspiré et continue probablement d'inspirer les générations de réformateurs qui se sont succédé au Québec depuis le début des années soixante-dix. La volonté politique d'enclôser la santé dans le social demeure relativement constante au pays depuis plus de trente-cinq ans... comme les obstacles auxquels elle se

heurte. Les réformes de structures opérées au long de ces années sont le reflet des hésitations des autorités centrales, mais aussi des luttes de pouvoir entre institutions nouvellement créées et des affrontements professionnels autour de territoires à protéger. Le bilan est cependant loin d'être négatif, même si le concept de «médecine globale» des années de la Révolution tranquille est demeuré une utopie, ou plutôt un idéal à réactiver sans cesse. Des progrès importants sont survenus dans la connaissance fine des déterminants sociaux de la santé, et les professionnels de la santé publique au Québec ont perfectionné leurs outils d'intervention. Même si la CESBES estimait que l'action sur le milieu ne relevait pas du régime de la santé et négligeait la santé publique, le MAS a eu tôt fait de développer les départements de santé communautaire, longtemps accaparés par la protection de la santé de la population de leur territoire, leur première priorité selon les lois précisant leur mission. Tout récemment, le Gouvernement québécois s'est doté d'une *Politique nationale de santé publique* et il a enfin donné au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'intervenir auprès de ses collègues chaque fois que leurs actions mettent en cause la santé de la population du Québec. Que se passera-t-il réellement? Ce pouvoir formel résistera-t-il aux jeux d'influence de l'appareil gouvernemental? La population elle-même réclame d'abord des services de soins accessibles en tout temps, en tout lieu et de haute qualité, relayée d'ailleurs par les professionnels de la politique et appuyée par le puissant «complexe industriel» de la maladie et de la santé. Déjà, en 1971, le comité McDonald soulignait que «ni l'assurance hospitalisation, ni

l'assurance maladie ne sont susceptibles, en elles-mêmes, d'avoir des effets sensibles sur l'état de santé de la population» (p. 7), car elles satisfont un besoin légitime et fondamental de sécurité, mais privilégient la réparation de la maladie au détriment de la promotion de la santé. Les prouesses de la médecine en matière de diagnostic et de thérapeutique, amplifiées par les médias, continuent à façonner l'image d'une médecine curative puissante face à la maladie et à la mort, vécues d'abord comme des événements individuels. L'influence du gouvernement fédéral sur la politique de santé du Québec, en particulier au travers de l'assurance hospitalisation, a favorisé le développement d'un système hospitalo-centré. La création très récente d'une Agence canadienne de santé publique, avec un centre collaborateur de l'INSPQ (Institut national de santé publique du Québec), atténuera peut-être la rivalité sourde entre les deux pouvoirs, se traduisant jusqu'à maintenant par une absence de leadership véritable pour s'attaquer résolument aux déterminants sociaux de la santé et de la maladie.

Benoît Gaumer
Département d'administration de la
santé,
Faculté de médecine, Université de
Montréal

Bibliographie

- ALARY, Jacques, et Frédéric LESEMANN. 1975. *Rapport de l'équipe bilan. Étude des dimensions sociale et communautaire*. Opération Bilan, les Centres locaux de services communautaires, Montréal, le 20 juin.
- ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. 1985. *Les services sociaux au Québec : problématique et enjeux*. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Montréal.
- BEAUDOIN, André. 1987. *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec*. Synthèse critique no 38, CESBES, Gouvernement du Québec.
- BEAUDOIN, André. 1990. «Analyse des problèmes sociaux faite par la Commission Rochon. Sa portée et ses conséquences», *Service social*, 39, 2: 141-158.
- BRUNET, J. 1972. *Politique en matière de santé du MAS*. Document de travail, MAS.
- CASTONGUAY, Claude. 1972. «Allocution prononcée par Monsieur Claude Castonguay, Ministre des affaires sociales, à Montréal, le 5 mai 1972, au congrès des administrateurs d'hôpitaux», dans *La politique sociale au Québec*. MAS, Gouvernement du Québec.
- COLIN, Christine. 2004. «La santé publique au Québec à l'aube du XXI^{ème} siècle», *Santé publique*, 16, 2: 185-192.
- DESROSIERS, Georges, et Benoît GAUMER. 1987. *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire*. Synthèse critique no 16, CESBES, Gouvernement du Québec.
- DESROSIERS, G., B. GAUMER et O. KEEL. 1998. *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- GAUMER, Benoît, et Georges DESROSIERS. 2004. «L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau», *Ruptures*, 10, 1: 52-70.
- LAFORÉST, Marcelle, et Belhassen REDJEB. 1983. *Le service social dans les centres de services sociaux au Québec : une double réalité*. Québec, Université Laval, Laboratoire de recherche de l'École de service social.
- LESEMANN, F. 1978. «Décentralisation et services communautaires», *Service social*, 27, 1: 23-45.
- LESEMANN, F. 1980. *Le service social et l'État : la remise en question du service social dans le contexte étatique actuel*. Conférence d'ouverture, Congrès annuel de l'ACCESS, 2 juin, UQAM.
- LESEMANN, Frédéric. 1980. *Du pain et des services*. Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin.
- MAYER, Robert, et Lionel GROULX. 1987. *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*. Synthèse critique no 42, CESSSS, Les publications du Québec.
- MINISTÈRE des Affaires sociales. 1972. *Le centre de services sociaux*. Document de travail, le 26 juillet.
- MINISTÈRE de la Santé et des Services sociaux. 1986. *Détail des activités. État de situation des CSS au 31 mars 1986*.
- MINISTÈRE de la Santé et des Services sociaux. 1987. *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC* (Rapport Brunet). Québec, Direction de la planification et de l'évaluation et Direction générale de la prévention et des services communautaires.
- RAPPORT de la CESBES. Vol. I, *La sécurité sociale*. Gouvernement du Québec, 1968. Vol. IV, *La santé*, tome II, titre deuxième, *Le régime de la santé*, deuxième partie. Gouvernement du Québec, 1970.
- RAPPORT de la CESBES. Vol. III, *Le développement*, tome I, première partie. Gouvernement du Québec, 1971.
- RAPPORT de la CESBES. Vol. III, *Le développement*, tome II, première partie. Gouvernement du Québec, 1971.
- RAPPORT de la CESBES. Vol. VI, tome I, *Les services sociaux*, quatrième partie. Gouvernement du Québec, 1972.
- RAPPORT de la CESBES. Vol. VI, tome II, *Les services sociaux*, quatrième partie. Gouvernement du Québec, 1972.

L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec: du modèle à la réalité

32

RAPPORT de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. 1988. Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec.

RAPPORT du Comité d'étude sur la prévention sanitaire, soumis au Sous-ministre des Affaires sociales, Québec, par J. Corbet McDonald président, le 24 décembre 1971.

RENAUD, Gilbert. 1978. *L'éclatement de la profession en service social*. Montréal, Édition coopératives A. St-Martin.

ROBERGE, Germain. 1975. «Implantation des CSS au Québec», *Administration hospitalière et sociale*, 5, 5: 10.

ROBICHAUD, Jean-Bernard. 1985. «Les orientations actuelles dans la distribution des services sociaux en milieu de la santé au Québec», dans Marie ÉMOND, Jocelyn LINSAY et Chantal PERRAULT, dir. *Le travail social et la santé au Québec*. Brossard, Éditions Behaviora Inc.

ROUSSEAU, Jacques. 1978. «L'implantation de la profession de travailleur social», *Recherches sociographiques*, 19, 2: 172-187.

ROY, Maurice. 1977. *Les pratiques sociales novatrices et les centres locaux de services communautaires*. La Fédération des CLSC du Québec, avril.

SABOURIN, Gilles. 1979. *Un avenir au présent. Réflexions sur les CSS et leur association*. Association des centres de services sociaux du Québec, décembre.