

Les Centres locaux de services communautaires et la santé : table ronde

The Local Service Community Centers and Health Care

Los Centros Locales de Servicios Comunitarios y la salud

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034817ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034817ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1979). Les Centres locaux de services communautaires et la santé : table ronde. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 17–29. <https://doi.org/10.7202/1034817ar>

Résumé de l'article

Une table ronde consacrée à ce thème a réuni huit personnes impliquées dans l'évolution récente des CLSC, particulièrement en ce qui concerne leur activité médicale et sanitaire. Les CLSC entendent promouvoir une nouvelle conception de la santé (et non de la maladie). Si leurs débuts ont été difficiles (conflits entre les groupes professionnels, les administrateurs, les usagers, le gouvernement), ils semblent avoir acquis leur vitesse de croisière. Les CLSC produisent des pratiques vraiment nouvelles, dans les modalités de la pratique médicale, la prise en charge communautaire de la santé, la santé familiale et infantile, la santé au travail, etc. La table ronde décrit de nombreuses initiatives dans ces domaines qui toutes mettent l'accent sur la participation de la population, l'approche globale, multidisciplinaire et déprofessionalisante des problèmes identifiés. Si les CLSC sont encore en nombre restreint (80 sur 250 prévus), si leur budget ne représente même pas celui du principal hôpital de Montréal (\$63 millions), leur influence n'en est pas moins de plus en plus déterminante sur l'ensemble du réseau des établissements sanitaires et sociaux, ainsi que sur les organisations professionnelles médicales. Pour toutes ces raisons, les CLSC représentent un enjeu politique de taille et la volonté du gouvernement d'assurer leur développement est très incertaine. Il importe que la population se mobilise pour exiger la poursuite de la réforme socio-sanitaire dont ils sont le symbole.

Les Centres locaux de services communautaires et la santé:table ronde

Une table ronde sur le thème "CLSC et santé" a été organisée en février 1979 dans le cadre de la préparation de la contribution québécoise à ce numéro consacré à la prise en charge communautaire de la santé. Y ont participé: Mireille Filion, permanente à la Fédération des CLSC; Lise Lebrun, travailleuse sociale, coordonnatrice des programmes au CLSC-SOC de Sherbrooke; Pierre Michel, médecin du CLSC Samaritech, Brossard (banlieue de Montréal), président de l'Association des médecins de CLSC; Serge Mongeau, médecin, directeur du CLSC St-Hubert (banlieue de Montréal); Michel Perreault, permanent pour les programmes de santé à la Fédération des CLSC; Nicole Quenneville, infirmière, coordonnatrice de programmes, CLSC Normand-Bethune, Laval; Solange Vallières, infirmière, CLSC Basse-Ville, Québec.

La synthèse de ce débat respecte pour l'essentiel le déroulement de la discussion et le contenu des interventions.

Celles-ci ont été rassemblées sous trois têtes de chapitre: — les CLSC et la dynamique des pouvoirs; — les CLSC et la problématique des services et de la gestion; — les CLSC, leur approche de la santé et le rôle des médecins.

Parler de la santé et des CLSC, c'est inévitablement parler de pouvoirs...

1. Les CLSC et la dynamique des pouvoirs

PM — Il y a plusieurs problèmes de structures qui se posent dans les CLSC actuellement. J'en vois d'emblée au moins deux. C'est d'abord le problème de la structure administrative comme telle. La lourdeur de la structure influence beaucoup la pratique. Je pense qu'en partant, le CLSC se voulait une petite équipe qui s'occuperait de tous les problèmes touchant la santé dans un quartier ou dans un territoire assez restreint. Par la suite, il a inévitablement pris de l'ampleur; on a dû engager plus de personnel, plus de cadres, d'administrateurs, etc. On est donc parti d'une petite équipe multidisciplinaire, sympathique, en contact

avec les gens et on n'a pas su éviter le développement de cette petite affaire sympathique en une affaire qui est, je pense, encore sympathique, mais qui ne ressemble plus tellement à ce dont on parlait au début. Deuxièmement, quand je parle de structures administratives, c'est encore une fois, dans l'idéal, un conseil d'administration qui sert la population, favorise sa prise en charge collective, oriente le CLSC dans ses grandes politiques. Est-ce qu'on peut dire que ça se vérifie réellement? Même pour des gens qui ont une formation, ces idéaux sont difficiles à atteindre. Cette structure-là crée de plus en plus de problèmes. Dès qu'il y a des mésententes, par exemple entre les professionnels¹ et le conseil d'administration², le conseil dit: c'est

très beau, mais nous ne sommes pas d'accord et c'est nous qui décidons. On en revient alors aux images traditionnelles : les professionnels disent : ils ne comprennent rien, on a travaillé le problème depuis longtemps... et la situation s'envenime. Cette structure de participation va bien tant qu'on s'entend bien et qu'il n'y a pas de problème. Dès que les permanents ou le directeur mettent ça au défi, tout de suite on voit réapparaître les vieilles relations, les vieux rapports entre initiés et non-initiés, entre patrons et employés et c'est la confrontation classique.

SM – Tout le monde est pour le pouvoir des usagers, mais à partir du moment où les gens commencent à remettre en question certaines de nos idées et de nos pratiques, on n'est plus tellement d'accord alors avec la participation. C'est l'attitude que les professionnels ont développée. Ils ont l'impression d'avoir eux l'expertise, et ils voient les décisions des usagers comme arbitraires, autoritaires. Si, au Québec, il n'y avait pas de conflits un peu partout, y compris dans les CLSC, ça voudrait dire qu'il n'y a pas de pouvoir pour la population. Je pense que la formule CLSC en soi est une formule à problèmes et qu'il va toujours y avoir des problèmes. L'unique façon d'éviter ces problèmes c'était d'avoir une formule très centralisée où il n'y a pas de marge de manoeuvre, où on impose la façon de faire, où il y a des règlements, où personne n'a de pouvoir. Mais à partir du moment où il y a du pouvoir, il va y avoir des confrontations, des manoeuvres, des jeux de coulis, des rapports de force. Ce qui se passe est parfaitement normal. C'est peut-être décevant pour les professionnels parce qu'ils se disent : on a des idées fantastiques mais les gens n'embarquent pas ! Les professionnels veulent aller trop vite, faire des choses par-dessus la tête de la population. Si tu veux que les gens embarquent, il te faut le temps de les convaincre que ton idée est meilleure que la leur.

FL – Est-ce qu'on retrouve de façon généralisée dans les CLSC ce conflit entre une population et les professionnels ?

MF – Oui, je suis convaincue que c'est la même chose un peu partout. On parlait de "petits groupes sympathiques" au début des CLSC. C'étaient des petits groupes avec beaucoup d'honnêteté

et qui cherchaient à mettre un projet à exécution. Là où ça ne marche plus dans les CLSC, c'est lorsque les usagers aussi tentent de faire partie du "petit groupe sympathique". Le conseil d'administration se dit : la loi voulait nous donner certains pouvoirs. Peut-être que si on commençait à les exercer... et c'est à partir de là que ça se gâte. Dans les CLSC, comme ailleurs, on assiste à un professionnalisme tout aussi vigoureux que dans d'autres établissements, mais nourri d'autre chose : c'est nous qui sommes d'avant-garde et vous du conseil vous êtes d'arrière-garde. Ce n'est pas toujours faux : il y a dans les CLSC des professionnels qui tentent avec sérieux d'avoir des approches nouvelles.

LL – J'étendrais encore ce que tu dis. Cette dynamique se joue encore à l'intérieur du CLSC. Il y a le groupe des professionnels et le groupe des non-professionnels. La dynamique se joue à trois au moins : le conseil, les professionnels, les non-professionnels.

SM – Je ne suis pas d'accord avec Mireille. Pour les CLSC que j'ai vus, c'était une petite équipe au début de professionnels et d'usagers qui s'étaient mutuellement choisis. Il y avait donc une certaine homogénéité. C'était un conseil d'administration provisoire qui s'engageait quelques professionnels qui fonctionnaient avec leurs idées et c'était la lune de miel. C'était assez fantastique. On s'en rend compte quand on regarde sur le plan des conditions de travail le nombre d'ententes locales qui se sont signées pendant cette période. Ça traduisait qu'il n'y avait aucun problème de relations de travail. On a signé quantité d'ententes qui allaient beaucoup plus loin que la convention collective générale de travail. Il n'y avait aucune friction : une petite équipe homogène.

A partir du moment où les gens se sont moins cooptés, où certains n'ont pas été réélus ou ne se sont pas représentés, il y a eu de nouvelles personnes au conseil ; dans le même temps, le nombre de professionnels a augmenté. Il n'était donc plus possible d'avoir des relations interpersonnelles aussi faciles et on a commencé à voir surgir des intérêts divergents. On se rend compte que même en prenant comme personnel des gens qui sont des usagers, des gens du quartier, très rapidement

leurs intérêts comme usager et comme employé sont divergents.

PM – C'est sûrement sain que les usagers exercent leur pouvoir mais le résultat de tout cela est souvent le "virage à droite". Il y a eu dans plusieurs CLSC des manoeuvres pour se débarrasser des éléments que je considère progressistes ; une administration plus forte, plus directive. On fait aux CLSC une réputation de fauteurs de troubles, de peu d'efficacité. Les gens demandent plus de services et des services médicaux, comme dans une polyclinique ; s'il y a en plus des services sociaux, tant mieux, mais qu'ils soient sur le même modèle !

MF – Qui qualifie le virage de virage à droite ? J'avancerais l'hypothèse que ce sont les professionnels à l'intérieur des CLSC. Il faudrait voir si c'est vraiment un virage à droite à partir du moment où un conseil décide qu'il veut avoir des services pour sa population. Est-ce parce que ce virage vient défaire les plans des professionnels qui étaient dans le CLSC qu'il est un virage à droite ? On colle les étiquettes très rapidement.

SV – Quand je suis venue dans le CLSC comme infirmière il y a 5 ans, j'avais l'impression qu'on était un groupe de professionnels un peu marginaux. On est entrés avec de bonnes intentions. Mais cet intérêt a progressivement changé avec le grossissement des CLSC et l'arrivée d'un personnel venant d'autres établissements : Centres de services sociaux, Unités sanitaires. C'est pourquoi on a commencé à parler de récupération de la réforme. Mais il y a aussi un autre problème : la mentalité de l'équipe de travail a changé. Actuellement, qui se dit progressiste doit viser à une espèce de lutte perpétuelle car le CLSC est vu comme un appareil d'Etat et l'Etat comme ton ennemi. La conséquence c'est que le conseil d'administration devient péjorativement ton boss. Ceux pour qui et avec qui tu voulais faire la réforme deviennent tes ennemis. La complicité est nulle. On est pris dans ce piège.

MP – Le conseil devient, qu'il le veuille ou non, un gestionnaire, mais un gestionnaire qui n'a pas tous les pouvoirs. Il peut facilement être un patron qui doit mettre en application des directives gouvernementales, au niveau des conditions de travail, de la façon dont le CLSC doit répondre à son milieu.

Pour un syndicat qui se veut inséré dans la lutte des classes, le CLSC, le conseil et les usagers qui y participent deviennent des représentants de l'Etat à abattre.

FL – Est-ce que ce syndicalisme qui développe une rhétorique radicale n'est pas une manifestation du professionnalisme dont on a parlé ? A travers cette radicalisation, les groupes professionnels en viennent à définir un certain nombre de positions acquises, matérielles et idéologiques.

MF – Je ne voudrais pas dire qu'un syndicat qui s'inspire d'une idéologie plus radicale qu'un autre ne fait cela que pour masquer ses intérêts professionnels. Ce serait excessif. Mais à l'usage, on se rend compte que, tout en menant des luttes qui se veulent très radicales, ils en viennent par ce biais à défendre des intérêts qui sont des intérêts professionnels purs et simples. Après les débuts où les groupes "sympathiques" tentaient de fonctionner par consensus et avec les années, les intérêts réels tendent à s'exprimer plus brutalement, qu'ils soient ceux des professionnels ou des gestionnaires ou de la population via les usagers. C'est arrivé souvent au cours des deux dernières années et c'est très bon. Je ne suis pas sûre qu'on pourrait arriver à des pratiques profondément transformées si on ne passait pas par là, si on en était resté aux groupes "sympathiques" du début, qui sont toujours d'accord parce qu'ils ne vont pas tellement en profondeur finalement. Je pense que le fait que les intérêts s'expriment, s'opposent, force les gens à en arriver à des compromis, à travers des lignes d'action compatibles à la fois pour les usagers et pour les professionnels, est un passage nécessaire vers des pratiques transformées.

SM – Au début, c'était facile de fonctionner avec une petite équipe. On avait peu d'achalandage. On faisait une médecine familiale, un peu plus humaine, incluant le psychologue, le travailleur social, mais je pense que ça restait encore une médecine traditionnelle.

Par rapport au conseil d'administration, je pense qu'on assiste à la naissance simultanée de deux projets qui se vivent au niveau des CLSC et qui sont un peu incompatibles. D'une part, au plan du syndicalisme, l'idéologie de gauche est nouvelle chez nous. Ce n'est que récemment que nos syndicats se sont politisés et qu'ils ont com-

mencé à faire l'analyse de classe qu'on connaît. Et on a justement dans les CLSC les syndicats les plus politisés, les plus idéologiques parce que les comités de sélection cherchaient justement les gens les plus ouverts aux problèmes sociaux. Ces gens ont alors envahi — et non pas noyauté — les CLSC. De l'autre côté, on a le projet des CLSC qui cherchait à donner du pouvoir aux usagers pour faire en sorte que la population se prenne en charge. On se retrouve donc avec deux projets qui sont un peu irréconciliables. Quand ton analyse te dit que tu dois avoir des boss, tu ne peux pas avoir de collaboration avec ceux qui te commandent. C'est sûr alors que le projet de participation ne marche pas. L'analyse que les syndicalistes font appelle le virage à droite, car quand tu appelles des décisions patronales, tu les obtiens ces décisions et ça répond alors à tes attentes. Il y a des gens au niveau des syndicats qui ne demandent que ça. De plus en plus dans les CLSC, on arrive à cette opposition qui est alors une opposition de fait alors qu'avant elle n'était que théorique. Mais ceux qui ont le plus de pouvoir dans tout cela, ce sont les producteurs car s'ils ne veulent pas que ça marche, ça ne marchera vraiment pas ! La loi 65 donne des possibilités à ceux qui veulent partager le pouvoir tant usagers qu'employés. La loi permet ces choses-là, elle ne les force pas.

On a deux forces qui se confrontent. Mais il y en a une troisième qui est toujours sous-jacente : la force professionnelle qui n'est pas alléguée et qui choisit selon ses intérêts. Au début, les CLSC faisaient l'affaire des professionnels, y compris des professionnels nouveau style : ça ne menaçait pas leur pouvoir. On a professionnalisé des gens qui ne l'étaient pas en leur donnant du statut par rapport à d'autres, avec les ententes syndicales locales. Mais le professionnalisme est une force opportuniste. Tantôt elle va chercher du support du côté des syndicats, tantôt auprès du conseil d'administration, tantôt au nom du projet CLSC. C'est une force essentiellement conservatrice, mais elle est puissante et ça va prendre du temps avant qu'elle diminue.

NQ — Ce qui caractérise les CLSC, c'est l'aspect pouvoir et espace. L'espace est libre. Les gens peuvent le prendre. C'est pour cela qu'il y a des luttes.
FL — On en arrive à une polarisation : syndicat-

professionnels-conseil-direction. Est-ce que cette polarisation met en danger les CLSC ?

NQ — Les politiques du ministère sont de plus en plus précises. Les budgets sont accordés en fonction d'affectations très précises. On est de plus en plus dirigés.

SM — On est dans la phase descendante rapide. Ce qui était prévisible dès le départ. Le projet CLSC est un projet utopique, une erreur de parcours. Dans un système capitaliste, c'est une erreur de laisser aller autant de pouvoir et le gouvernement actuel est en train de réparer cette erreur. Il voit d'un mauvais oeil d'avoir si peu de contrôle. C'est impossible que les gouvernements en système capitaliste puissent laisser aller des structures qui vont forcément remettre en cause le système. Dans l'approche CLSC, on a toujours voulu faire plus que mettre du plâtre ; on a voulu essayer de savoir pourquoi les gens sont malades et ont tel type de problème. On est ainsi forcément amené à se poser des questions sur le type de société. C'est donc un élément de politisation de la population au sens riche du terme, de conscientisation. Je ne sais si ça peut durer longtemps ! On pouvait aller le plus loin possible tant qu'il y avait connivence entre trois éléments importants : les employés et leurs syndicats, les directions et les conseils. Cette connivence est en train de disparaître un peu partout. Chaque fois que ce front commun se défait, il y a effritement et le gouvernement en profite pour intervenir et pour resserrer la marge de manoeuvre. Les CLSC sont rares qui avec le temps gagnent plus de marge de manoeuvre.

LL — Dans notre CLSC à Sherbrooke³, on a récemment fait le bilan de nos programmes. Même avec la connivence des usagers, je n'appelle plus les CLSC une simple erreur de parcours. On a réalisé qu'on a permis à un gouvernement d'identifier les besoins d'une population et qu'on est devenu les gestionnaires de la misère et de la pauvreté. On a justement détruit la politisation de la population. Actuellement, la priorité du gouvernement c'est l'économie ; il ne donne que des miettes pour la santé, le social et le bien-être de la population. Et on a permis que la population se contente de ces miettes. On a désamorcé la révolte. L'erreur de parcours est grave. La participation a permis la récupération totale des marginaux et de ceux qui

sont dans des conditions de vie inacceptables.

Quand on regarde la bataille qu'on a menée pour la normalisation des adultes handicapés, on est allé chercher un demi-million à force de batailles pour ces gens ; actuellement, ils ont leur propre financement. Ça les a fait taire. Ça leur permet de gérer certains services mais ça reste des miettes, qui ne leur permettent jamais de fonctionner de façon large et indépendante. En même temps, ces gens qui, il y a 3 ou 4 ans protestaient comme usagers sont devenus des fonctionnaires qui appliquent intégralement les directives du ministère. Ils essaient de boucler le budget et non plus de réclamer. Ils ne laissent plus passer les besoins nouveaux du milieu. Ils gèrent. Si je prends un autre exemple, celui de la cohabitation des mères avec leur nouveau-né, nos luttes ont finalement permis de renforcer les pouvoirs des hôpitaux et des médecins car ils se sont approprié nos revendications.

SM – Je pense qu'il faut distinguer. Il y a des CLSC qui ont été implantés en quartiers populaires. On a parlé de leur fonction de récupérer les luttes populaires, mais dans notre cas, à St-Hubert, on n'a rien récupéré du tout, il n'y avait pas de groupes populaires. Le CLSC a plutôt permis de mettre sur pied des initiatives qui ne sont pas des luttes populaires, mais qui permettent une certaine prise en charge.

PM – Le Québec n'est pas une société très politisée. Quand les CLSC sont arrivés, ça ne faisait pas 20 ans qu'on les réclamait. Ils ont été donnés comme un cadeau, sans que la population les demande. L'idée n'avait pas mûri auprès de la population. Elle n'a pas été préparée à cela, à la prévention, à la prise en charge de ses propres problèmes. C'est pourquoi elle réclame toujours du curatif, même si on sait que ça ne résoud rien. Là où l'organisation communautaire a tenté de faire prévaloir vraiment le préventif, on l'a coupée. Elle n'a jamais eu le poids qu'elle aurait dû avoir si on avait été conséquent avec le projet initial des CLSC.

2. Les CLSC et la problématique des services et de la gestion

MF – Je suis d'accord avec une analyse des CLSC qui part de l'extérieur et voit les CLSC comme une composante gênante d'un vaste système capitaliste. Mais si, face à la difficulté de l'expérience et de la réalité des CLSC, on se retranche derrière une analyse du système, une analyse extérieure, pour expliquer nos difficultés, je ne suis plus d'accord, car on n'en explique qu'une partie seulement. On est à un moment critique. Au début, le projet était exaltant car on pouvait le définir assez librement. Le moral était bon. Maintenant, on semble beaucoup moins optimistes. On a passé l'étape de définition du projet et on sent très bien maintenant qu'il faut faire autre chose que des définitions. C'est à partir du moment où les CLSC sont forcés de produire qu'ils commencent à travailler. Quand on est forcé de produire, il faut bien que le projet passe par des réalisations qui, elles, sont beaucoup plus concrètes, beaucoup moins englobantes que ne se voulait le projet ; c'est là qu'on sent la difficulté de traduire dans des expériences concrètes tout ce qu'on mettait initialement dans le projet. Et c'est là que les intérêts sortent de façon plus évidente, que ce soient ceux de la population, des professionnels ou des syndicats. Car à partir du moment où on doit produire, les syndiqués doivent travailler, les professionnels pratiquer et la population y trouver son compte. Quand on est forcé de produire et que cette production doit passer par des services à domicile, un programme de maintien à domicile ou par un système de garde dans des milieux où on en a besoin, ou par des services sociaux ou de santé courants, là, et c'est très fréquent dans les CLSC, on colle l'étiquette "virage à droite". Moi je questionne profondément cela. Si on prend l'exemple de la cohabitation, il ne faut pas y voir la dimension de récupération par les hôpitaux des luttes que vous avez menées, même si c'est vrai. Parce que lorsque je vais accoucher, je veux que la cohabitation soit vivable quelque part. Il faudra bien qu'il y ait des CLSC ou des hôpitaux qui me la donnent. Il faut bien qu'il y ait des structures qui la réalisent quelque part, et à partir du moment où des structures la réalisent, le projet perd de sa pureté. On est alors déçu, et à juste titre.

Actuellement, le défi des CLSC c'est qu'ils sont acculés à la nécessité de démontrer que leur approche, quoique différente, contient une certaine rentabilité qu'on doit certes juger de façon différente. Et là on a de la peine à démontrer qu'on est vraiment innovateurs, que nos pratiques sont vraiment différentes.

LL – Quand tu dis que les CLSC doivent être rentables, ça me questionne. Ça veut dire que tu dois donner tes services à des coûts moindres. C'est exactement ce qu'on est amenés à faire actuellement et c'est très différent de ce qu'on voulait. Ce qu'on n'a pas atteint, c'est le projet collectif. On se rend compte qu'avec le projet des handicapés, on a juste fait passer un peu plus de gens du côté de ceux qui ont la vie un petit peu plus facile, qui ont un petit peu plus d'argent, mais on n'a rien résolu collectivement.

MP – Si je prends l'exemple de la "médecine du travail" dont on parle beaucoup ces temps, je pense qu'on n'a pas réussi à imposer nous-mêmes notre type de réponse aux besoins. Si une société est prête à laisser tout le secteur de la santé au travail à la médecine privée traditionnelle, comme le propose le récent "livre blanc" du gouvernement, on a échoué comme CLSC.

SM – A mon avis, la structure CLSC nous a amenés à produire des choses positives, par exemple le pouvoir des médecins dans les CLSC est diminué par rapport à l'hôpital ou à la polyclinique. On en a fini avec la médecine à l'acte dans les CLSC. Ça c'est très positif. On a collectivisé les problèmes : on conduit de plus en plus les gens à se prendre en charge eux-mêmes. On n'a qu'à regarder la contestation qui se développe à l'égard des hôpitaux, la façon dont se font les accouchements. Très souvent, ce sont des CLSC qui sont à la base de ces contestations. Tout cela représente des éléments positifs. La structure des CLSC force les médecins, même les moins intervenants, à remettre leur pratique en question, parce que l'infirmière à côté d'eux ne les laissera pas faire n'importe quoi et les questionnera ou leur dira : vous donnez trop de médicaments, etc... C'est à cela qu'il faut juger les CLSC. Les CLSC avancent non par des actions d'éclat, mais par des actions de pointe, parce qu'il y a des innovateurs qui osent ; ces essais sont vite récupérés par les

autres quand on voit que ça marche. Par exemple : la lutte contre les médicaments, la périnatalité, le fait d'insister beaucoup moins que les hôpitaux sur la gymnastique et de chercher au contraire l'implication du couple lors de la préparation à la naissance. Il faut donc aussi des CLSC où des pointes soient possibles. Et ce qui me fait peur actuellement, c'est qu'on remplace de plus en plus les innovateurs par des gestionnaires. Ceux-là gèrent de façon que la boîte n'éclate pas ; ils gèrent les programmes tels que les définit le ministère, sans innovation. Pendant longtemps, dans les CLSC, on a eu des innovateurs aux secteurs de pointe, aux postes clés (Fédération des CLSC, regroupements régionaux). C'est dangereux car on risque de cristalliser bientôt la formule. La récupération nous guette continuellement.

PM – Il est indéniable que les CLSC produisent de l'innovation et qu'ils ont un impact sur la santé au Québec. Les CLSC devraient se reconnaître comme initiateurs. Les innovateurs se sont vus à un moment donné comme pollués par les nécessités de la production. En s'enlisant dans le concret, l'innovation allait moins loin...

MF – "Les innovateurs se sont vus comme pollués par les nécessités de la production", je place cette phrase en exergue car elle traduit beaucoup de ce qui s'est passé dans les CLSC, comme si l'innovation pour être vraiment innovatrice ne devait pas se produire !

MP – On a eu bien souvent des innovateurs qui n'étaient pas des gestionnaires et on a eu énormément de problèmes à accepter cette réalité qu'on est dans un processus de gestion. Il faut des gestionnaires innovateurs qui vont aller au niveau d'une production, mais avec notre marque de commerce. Notre marque réside dans ce qui caractérise nos services : la participation, la prise en charge de la population, la prévention, le fait d'être à plusieurs endroits une porte d'entrée pour le réseau, bref tous les aspects du projet initial des CLSC.

SV – Je pense qu'il est impossible qu'on commence à percevoir des débuts de changement collectif avant des années. On a tendance à sauter beaucoup d'étapes.

SM – C'est à long terme qu'on va avoir un effet. Chez nous, 9/10 des membres du conseil d'admi-

nistration n'ont jamais participé à un conseil ni à aucun organisme. En deux ans, ces gens ont appris qu'ils pouvaient avoir du pouvoir. Ces gens vont être capables d'avoir une pensée articulée. Ils ont des attentes vis-à-vis de la société. Ils pensent en termes de collectivité par rapport à leurs besoins propres. Ils sont maintenant capables d'affronter des conflits parce qu'ils en ont connus, de mobiliser du monde, de faire du porte à porte. Ils ont pris le goût de la communauté, découvert qu'ils pouvaient être importants.

SV — A Québec, on a réussi à créer à partir de notre CLSC des solidarités entre parents et adolescents, entre travailleurs, entre gens atteints d'une même maladie et c'est par là que commence le changement.

FL — Je suis frappé de voir comment, dans les CLSC, il est impossible de poser la question de la santé comme une question autonome. Elle est d'emblée définie dans un rapport de structure et de participation, de pouvoir, etc. On est ici avec du personnel de la santé qui pose les problèmes en termes de rapports sociaux finalement. Il me semble que c'est significatif de l'influence qu'exercent les CLSC sur une nouvelle approche des problèmes de santé.

3. Les CLSC, leur approche de la santé et le rôle des médecins

SV — Il est sûr que le CLSC nous amène à avoir des pratiques différentes. Si j'avais les mêmes fonctions d'infirmière dans un autre établissement, ce que je ferais serait inévitablement différent. Dans un CLSC, il y a des questions qui se posent. Par exemple, en hygiène infantile, on rencontre les mères, le plus souvent en groupes et on aborde une quantité de questions avec elles relatives à leur enfant, mais aussi le problème qui se pose souvent pour elles d'être seules avec leur enfant, comment elles affrontent ce problème matériellement, psychologiquement. Elles partagent leur expérience, sont amenées à se rendre des services. Par rapport à ce travail, il y a souvent des organisateurs communautaires qui nous disent : c'est ridicule, il faut plutôt faire des groupes de femmes qui vont revendiquer une place pour la femme.

C'est un problème de bien-être social, de répartition des ressources. Notre première réaction à nous, de la santé, c'est de penser : tu nous fatigues avec ta politisation et ta revendication sociale, parce que les problèmes de gardiennes, ça existe. On voyait un groupe de croissance avant d'organiser un centre de femmes. Finalement, un an et demi après, on a un groupe de femmes qui ont décidé elles-mêmes de se donner un service de gardienne, d'aide pour se trouver des logements. Si on n'avait pas été confrontés par les autres travailleurs du CLSC, j'aurais sûrement plus insisté pour mettre sur pied un groupe de croissance. Et les remarques que je leur ai faites leur ont évité de décoller !

NQ — La santé communautaire c'est la responsabilité de tout le CLSC. L'équipe interdisciplinaire favorise indéniablement cette nouvelle orientation.

SM — Il y a beaucoup de changements souhaitables qui sont en train de se produire par les CLSC. Par exemple, le pouvoir des médecins : dans le domaine de la santé, c'est important de diminuer le pouvoir des médecins. Ça se fait. Je ne dis pas qu'ils n'ont plus de pouvoir, mais ça diminue beaucoup. Un second aspect : la médecine à l'acte. C'est fini dans les CLSC. Les profits réalisés grâce à la santé, c'est aussi terminé. On a pu décapitaliser la santé, parvenir à en éliminer toute incitation au profit. Les CLSC travaillent contre la surconsommation de médicaments et d'analyses de laboratoire. Une troisième chose, c'est la globalité de l'approche : on prend le problème le plus possible de façon totale et non pas juste à un niveau résiduel ; on ne voit pas que le résultat. Quatrième point : la participation des usagers, à des degrés divers, selon les CLSC, mais partout. Il y a quand même une certaine participation, tant administrative qu'à plusieurs aspects des services. Partout la question s'est posée de donner des services d'urgence 24 heures par jour. Il y a des débats, des priorités à établir dans le domaine de la santé à propos desquels les gens ont des choses à dire, alors qu'on nous a toujours répété que les experts dans le domaine de la santé, ce sont les médecins. Une cinquième chose, c'est l'approche de groupe. Par exemple, en périnatalité : ce ne sont plus des cours qu'on donne, ce sont des groupes qu'on forme. La différence est énorme par rapport à ce

qui se fait à l'hôpital. A l'hôpital, le groupe disparaît après le cours. Dans les CLSC, les gens continuent à se voir après l'accouchement, à travailler en groupe, à parler de leurs enfants, apprennent à trouver des solutions. Un dernier aspect, c'est le développement d'un réseau public par rapport à un réseau privé. On commence à avoir une force qui contrebalance la force du réseau privé. C'est important. Le pouvoir est actuellement monopolisé par la FMOQ et la FMSQ. J'ai vu au Chili la force du réseau public face au réseau privé. C'est le réseau public qui a permis de tenir le coup quand le privé s'est mis en grève. Si on a une grève des médecins au Québec, je ne suis pas sûr que les CLSC suivraient.

FL — Quelle est actuellement la situation des médecins dans les CLSC? Il y a 3-4 ans, les médecins ne voulaient pas entrer dans les CLSC et on disait de la médecine des CLSC qu'elle était de second ordre.

SM — Je trouve ta question très traditionnelle, dans le sens où on parle de la santé et tout de suite, comme préalable, tu sautes à la question des médecins, alors que je pense qu'un élément important de ce qui se passe dans les CLSC, ce n'est pas d'abord les médecins, loin de là. Le nombre d'infirmières, d'intervenants en santé a changé le tableau dans les CLSC. Dans le nôtre, on a attendu énormément avant d'engager des médecins, alors que le conseil avait tendance à dire : on ne peut rien faire si on n'a pas de médecins. On s'est rendu compte que plus on retardait leur arrivée, mieux c'était. Parce que les médecins arrivent avec un modèle et une trop grande force qui leur permet d'imposer leur modèle. C'est ce qu'ils ont fait au CLSC X. : engager trois médecins et ça a donné une polyclinique. Moi, j'ai dit : allons le plus loin possible. Définissons ce qu'on veut faire. Après, on engagera des médecins qui feront ce qu'on a défini. C'est notre chance que les médecins aient boycotté massivement les CLSC au début. S'ils étaient entrés, ils auraient facilement orienté les CLSC.

LL — Je nuancerais ce que dit Serge que le pouvoir des médecins a fortement diminué. C'est vrai quand les médecins sont intégrés dans les équipes de programmes où ils ne sont vraiment qu'un membre de l'équipe parmi les autres. C'est évident

à Sherbrooke. Mais par rapport à leur pratique, comme médecins dans leur rapport à la population, leur pouvoir est encore considérable. Ils ont certes amélioré l'humanisation des soins. Ils prennent le temps de recevoir les gens et ont une facilité à comprendre la globalité des gens et de leurs problèmes. Ils ont le réflexe de référer à d'autres intervenants et ne se sentent plus l'unique réponse. Mais ils gardent encore le réflexe de faire revenir les gens. Il y a encore cette dépendance.

Les médecins de CLSC ont fait un autre pas important : ils deviennent confrontants par rapport aux médecins des hôpitaux. Plusieurs des dossiers qu'on a menés à Sherbrooke ont pu l'être parce que nos médecins avaient les pieds dans les hôpitaux et qu'ils prenaient la position de confronter leurs collègues des hôpitaux. La cohabitation mère-enfant, on l'a eue parce que les médecins du CLSC sont allés convaincre fortement leurs collègues de l'hôpital. La même chose s'est passée pour l'allaitement maternel, la santé au travail.

Au CLSC-SOC, les médecins sont actuellement les seuls praticiens cliniciens. Tous les autres praticiens, travailleurs sociaux, psychologues sont automatiquement orientés dans une action qui se fait avec des groupes. Les médecins actuellement mènent de pair les consultations individuelles et les activités de groupe à travers les programmes. On a par exemple deux groupes de prise de pression : un composé de femmes avec qui on fait du conditionnement physique et un de personnes âgées. On leur a acheté les instruments nécessaires. Le médecin du service vérifie de temps en temps. C'est une participation à l'exercice même de l'acte qui était avant reconnu comme propre à l'infirmière et surtout au médecin. Mais tout cela, il a fallu l'arracher miette par miette aux médecins...

Depuis le début, les infirmières avaient réellement cru à une possibilité pour les médecins de partager leur pouvoir avec les infirmières. Les infirmières ont vraiment réalisé alors qu'elles pouvaient remplacer un médecin mais elles se sont rendu compte que dans les faits elles faisaient de la suppléance ou qu'elles remplaçaient le médecin qui avait trop de travail, et que le pouvoir du médecin autant pour elles que pour l'usager demeurait entre les mains du médecin. Aussi l'an dernier les infirmières ont dit : dans ces conditions, on ne

joue plus au médecin. Elles se sont retirées complètement de tout ce qui est clinique. Actuellement, elles ne sont que sur des programmes de prévention. Et elles innovent réellement, mais non plus dans le sillage du médecin.

Il reste que par la clinique, les médecins ont beaucoup de pouvoir parce que, en dehors de Montréal, la porte d'entrée au CLSC c'est d'abord la consultation médicale, hormis les groupes. Après, les gens se joignent à des regroupements, mais le premier contact, c'est le médecin.

MP – Ca dépend des CLSC. Il y en a beaucoup où les gens entrent par les programmes spécifiques et non par la consultation médicale. Mais dans d'autres, par contre, c'est le contraire. Ca varie beaucoup selon le modèle de développement qu'a connu le CLSC. Dans les CLSC où les équipes médicales sont entrées en dernier, c'est moins flagrant. Par contre, dans les autres les gens entrent par le médical et sortent par le médical. Il n'y a que dans le premier cas où les médecins contribuent à intégrer les usagers aux activités de santé, aux regroupements existants. Ca fait partie de leur tâche.

SV – Par le modèle CLSC, l'infirmière a un rôle beaucoup plus actif que celui qu'on nous donne habituellement. On est plus actives par rapport à une communauté ; on cesse d'être initiales de prescriptions. Pour beaucoup de médecins, c'est une découverte de ce que peut être une infirmière dans un CLSC. Dans plusieurs CLSC, on a défini les orientations médicales d'un CLSC en fonction des goûts des médecins. Certains sont arrivés en disant : j'en ai assez de la médecine traditionnelle, je veux faire un peu de tout. C'est donc une sorte de médecine familiale qu'ils veulent faire. Très bien. Mais où est alors la place de l'infirmière, du travailleur social ? Par ailleurs, est-ce qu'on a déjà vu une infirmière dire : j'en ai assez de faire du nursing ?

SM – Il faut faire la distinction entre pouvoir des médecins et attitudes des médecins. Au niveau des attitudes, je suis certain que les médecins continuent à vouloir contrôler leurs patients et à exercer une mainmise sur les traitements. Dans les faits, c'est par rapport à l'hôpital, par exemple, que le pouvoir des médecins est de beaucoup diminué dans la structure et dans les décisions qui se prennent. Là les changements se font sentir. Chez nous,

les médecins ne décident ni des horaires, ni des sessions de formation auxquelles ils veulent participer, ni des programmes, ni du matériel, etc... Le pouvoir social des médecins qui était si fort est en train de diminuer. Dans un CLSC, tu peux dire non à un médecin.

MF – Est-ce que finalement on n'est pas en train d'évaluer les CLSC en se demandant si les médecins ont gagné ou perdu du pouvoir ? C'est ridicule de prendre ça comme critère. Est-ce qu'on a mis sur pied les CLSC pour enlever du pouvoir aux médecins ? Que les médecins perdent du pouvoir, ça devrait être une conséquence, non un objectif. Pourquoi ne peut-on parler d'un nouveau concept de santé, de nouvelles pratiques médicales, d'une nouvelle médecine ?

SM – C'est important de voir que les médecins perdent du pouvoir. Car c'est déjà beaucoup. Qui a défini la santé au Québec ? Ce sont les médecins. Et par définition, ils ont une approche curative. Ils ne savent rien sur la prévention. Et l'orientation prévention passe par une diminution du pouvoir des médecins. C'est donc important *au départ* de diminuer le pouvoir des médecins. C'est comme cela qu'on a procédé dans notre CLSC.

LL – L'apport majeur des CLSC c'est d'avoir fait dévier l'objectif de traitement et de soins curatifs vers la prévention. Au CLSC-SOC, les médecins font de la prévention. Par exemple, il y a deux temps forts d'arrivée de patients au CLSC : le temps des gripes en hiver et les dépressions au printemps. Nous avons dit aux médecins : vous allez prévenir ces situations, donner d'avance l'information aux gens de façon à ce qu'ils aient en main les éléments pour s'organiser quand ça arrivera. Pour les gripes, nous avons fait un document d'information simple que le médecin est allé expliquer à une quantité de gens regroupés de diverses façons, surtout des personnes âgées. Le médecin est donc sorti de son bureau, est allé dans les clubs d'âge d'or, a rejoint en profondeur au moins 300 personnes âgées. Le médecin a aussi repris le même processus à la télévision locale. On a négocié un certain nombre de programmes. Le médecin donne une demi-heure par semaine d'information sur la santé. Par exemple, sur la tension artérielle : que faire ? quand est-ce que ça peut être grave ? etc. Aussi la question des crises cardiaques,

du manque de sommeil, la perte d'appétit, bref, un ensemble de questions qui sont posées au médecin tout au long de l'année à son bureau.

SM – Ce qui est nouveau dans les CLSC, c'est qu'on est en train de développer une approche santé. Qu'on arrête donc de parler des médecins. Le premier élément dans cette approche c'est que les médecins ont un pouvoir moins important. On ne demande pas d'avoir des médecins qui soient à la fois sociologues, psychologues, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires. Ce n'est pas à eux qu'on demande cela. C'est le CLSC qui le réalise. Et les innovations qui sont en train de se produire au niveau de la santé ne viennent pas des médecins. Chez nous, par exemple, on est en train de prendre des décisions au niveau de l'accessibilité des dossiers : on va dire à tous qu'ils peuvent consulter leur dossier. Les médecins n'ont rien à faire dans cela. Ça c'est une prise en charge des gens : ils sentent qu'ils ne sont pas des objets qui viennent se mettre dans des mains inconnues sans savoir ce qui leur arrive. On veut que les gens soient des sujets, qu'ils soient informés et capables, eux, de prendre des décisions sur leur santé. C'est la structure qui initie les changements chez les usagers et les travailleurs du CLSC, mais non pas les médecins.

NQ – Le propre d'un CLSC ce n'est pas de donner des services différents de ceux d'autres établissements. C'est l'approche qui change. Les gens le perçoivent. Par exemple un soin infirmier est différent s'il est donné par un CLSC ou le département de santé communautaire de l'hôpital. L'infirmière du DSC vient trois fois par semaine faire un pansement et nous, du CLSC, nous voulons que la personne apprenne à le faire elle-même. La famille est intégrée au problème. C'est différent mais c'est ce qu'on fait. On discute avec les gens, on leur explique ce qu'ils ont, on leur montre ce qu'ils doivent faire pour se soigner. On exige la participation.

LL – Oui, l'approche est différente et les gens le perçoivent bien, y compris dans la pratique médicale. Actuellement, chez nous, les gens lâchent tous leur médecin de famille pour venir au CLSC. On est envahis. A compétence égale, le CLSC offre l'humanisation des soins. On prend le temps. C'est pourquoi nos quatre médecins au CLSC de Sherbrooke, qui ont toutes leurs entrées dans les hôpi-

taux, sont considérés comme les quatre meilleurs médecins dans tout Sherbrooke.

PM – Le CLSC comme structure influence la pratique. Tu peux bien avoir un rôle traditionnel, mais dans cette structure, ce rôle est changé de lui-même. Qu'on entende toujours parler de l'autonomie des gens, de leur participation, d'apprendre à la famille à se prendre en charge, finalement, ça finit par entrer ! Tu l'intègres. Ça fait partie de ta progression. Un an après son entrée au CLSC, même le plus traditionnel des médecins pratique tout à fait différemment de ce à quoi il avait été formé.

MP – On a les exemples des usagers qui, à travailler avec des médecins et des travailleurs sociaux aboutissent à mettre sur pied une maison communautaire, alors qu'ils étaient partis des consultations individuelles.

SM – Je fais partie de l'Association québécoise de promotion de la santé. A ce titre, j'ai beaucoup de contacts avec des personnes qui vont chercher des soins de santé dans les CLSC. Et c'est toujours beaucoup plus positif que par rapport à des situations qu'ils ont connues ailleurs. On ne risque pas de se tromper en recommandant aux gens d'aller au CLSC. On dit souvent que la bataille CLSC/polycliniques privées est facile à gagner, mais ma préoccupation c'est de ne pas l'amorcer. S'il fallait que les gens découvrent ce que c'est les CLSC par rapport aux polycliniques, ce serait épouvantable. On ne pourrait plus faire ce qu'on fait actuellement. On n'est pas en mesure avec le réseau actuel, les forces dont on dispose, de donner des services pour toute une population.

A St-Hubert, on a 8 000 dossiers ouverts pour une population de 56 000 habitants. On a 53 postes complets. Si toute la population venait, on devrait être 350. C'est impraticable.

Si, dans un CLSC, les traitements sont mauvais, ça arrive, les gens peuvent porter plainte. Et la différence avec les autres établissements, c'est que dans un CLSC tu as au moins quelque chose à dire. Va faire une plainte justifiée dans un hôpital, tu verras si ça aboutit... Dans un hôpital, qu'un médecin soit bon ou non, personne ne dit rien. Je connais des chirurgiens qui tuent du monde ; les confrères le savent et ne disent rien. Dans un CLSC, si tu n'es pas bon, tu le sauras vite.

LL – Autre chose, à propos de l'approche globale. Je réalise qu'on a aussi un impact au niveau des autres organismes du réseau, de par notre façon de travailler. Par exemple, au niveau du maintien à domicile, on doit, en tant que CLSC, permettre à des gens de faire un choix supplémentaire que d'aller en foyer qui est de pouvoir rester chez eux. On organise un réseau de services pour soutenir ce choix. A travers cela, on est amenés à prendre le leadership d'une concertation d'organismes où on fait le bilan de la façon dont l'ensemble des organismes travaillent la question. Ainsi, on s'est rendu compte que sur la liste d'attente du Centre de services sociaux, il y avait 134 personnes âgées qui attendaient depuis 3 mois à 2 ans d'avoir une place en centre d'accueil. Sur ces 134, on en suivait 19 au CLSC, dont 10 à qui on donnait des services à domicile et 9 qu'on avait dû hospitaliser car elles ne pouvaient plus rester chez elles. On a alors convoqué le CSS, les Centres d'accueil. On essaie de développer la conscience du réseau, au niveau des organismes. Ce qui veut dire que la responsabilité du CSS ne se limite pas à accepter des gens sur une liste d'attente après les avoir fait passer devant un comité d'admission. Le CSS doit voir à ce qu'un organisme du réseau accorde le soutien nécessaire tant qu'aucune place n'est disponible. Ou bien on se bat pour qu'il y ait plus de places en centre d'accueil ou on s'entraide entre organismes pour que l'absence de places soit supportable et décente. Ainsi, par exemple, on a exigé que l'hôpital Youville tienne à disposition des places de dépannage. On a fait la même chose avec les centres d'accueil. De cette façon, il ne devrait pas y avoir de vacuum dans la réponse aux demandes.

Je pense qu'ainsi on amène d'autres organismes à partager notre façon de voir les problèmes. De toute façon, on ne leur donne pas le choix : on les met devant leurs responsabilités.

SM – C'est vrai qu'au niveau du CSS on influence des petites choses. En ce qui concerne l'hôpital, on a de l'influence au niveau de l'obstétrique ; la périnatalité dans les CLSC fait que les femmes arrivent avec des attentes et les hôpitaux sont obligés de modifier leur fonctionnement. Par exemple, la cohabitation, l'accouchement selon la méthode Leboyer, l'allaitement maternel. Il y a beaucoup de femmes qui arrivent avec des attentes

et qui souvent sont organisées autour du CLSC. Il y a des domaines où on pourrait avoir de l'influence : en santé scolaire, par exemple. Il est sûr que bien des endroits procéderaient de façon différente si on pouvait s'y mêler. On a eu une influence sur les polycliniques en ce qui concerne leur disponibilité, leur étendue sur le territoire, leur accessibilité. Par contre, je ne crois pas qu'on influence le type de pratiques qu'ils font. On aurait beaucoup plus d'influence si le gouvernement nous donnait des moyens, tels que la décentralisation des laboratoires. Nous avons eu de l'influence sur la polyclinique à côté de chez nous. Ils nous envoient des gens pour des analyses ; on les a stylés en leur disant : "Est-ce nécessaire toutes ces analyses-là ?" Après deux ou trois fois, le médecin en demande deux fois moins. Mais comme ce n'est pas une population captive, certains médecins ne le tolèrent pas et envoient directement leurs analyses à d'autres laboratoires. Si nos médecins hospitalisaient et étaient en mesure d'entrer à l'hôpital et de poser des questions aux autres médecins... mais on n'est pas assez forts.

PM – L'étude sociologique comparative sur la qualité de la médecine en polyclinique et en CLSC⁴ a beaucoup frappé. On parle des CLSC parmi les médecins. Souvent, on compare les CLSC aux polycliniques parmi les médecins et ce qu'ils déploieraient avant à propos des CLSC est nettement à la baisse. Avoir plus de temps pour les clients, ça tente les nouveaux jeunes médecins.

L'influence des CLSC est indéniable. Ils font des efforts pour garder leurs clients.

MP – Les polycliniques voudraient avoir tous les services paramédicaux qu'offrent les CLSC. Les médecins commencent à voir qu'ils doivent changer leurs pratiques.

LL – Quand je regarde le fonctionnement de la table régionale de concertation, il y a trois ans, les CLSC étaient la risée des directeurs d'hôpitaux, des CSS et des centres d'accueil. Actuellement, on nous traite avec respect et gants blancs. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke nous a harcelés pendant un an pour qu'on accepte des étudiants en médecine en stage. La réputation de médecine de second ordre dans les CLSC, c'est vraiment terminé.

PM — Le sérieux du CLSC ressort. Actuellement, on peut donner une qualité de services qui nous est permise à cause d'une demande encore limitée. Il y a des médecins qui reconnaissent en privé que la médecine de CLSC est meilleure.

SM — On fait attention de ne pas abaisser le standard face à l'achalandage. Par exemple en périnatalité, on établit des critères sévères pour ne pas baisser la qualité. En outre, on découvre qu'il y a de plus en plus de domaines qui devraient être sous la juridiction du CLSC. Par exemple, la santé au travail, la santé scolaire. Mais on ne peut pas non plus trop grossir. Les CLSC ne sont pas des boîtes indéfiniment extensibles. Il y a une taille critique. Les CLSC ne doivent pas la dépasser. Il faut alors diviser le territoire ou établir des points de services. Il y a des changements quantitatifs qui risquent d'entraîner des changements qualitatifs. Je pense qu'un CLSC ne peut pas dépasser beaucoup 50 à 60 personnes, soit un territoire de 40 000 personnes. Mais la grandeur du territoire dépend de son équipement. S'il n'y a rien du tout, 15 000 personnes, c'est suffisant.

SV — Par contre, un danger nous guette dans certains quartiers urbains. Parce qu'on dédouble par rapport à certains services, on nous laisse facilement comme population-cible la population qui semble problématique : les personnes âgées, les adolescents. L'omnipraticien du territoire va référer des gens à gros problèmes, en sorte qu'on se retrouve avec un case-load de cas assez particuliers et ça nous envahit. On a une population de marginaux et on devient envahis par une problématique qui ne respecte pas les besoins de l'ensemble du territoire. Ça influence la disponibilité, la créativité.

NQ — Chez nous, en banlieue, c'est pareil. Quelqu'un qui a passé partout aboutit chez nous. Quand les médecins ne savent plus que faire avec une telle personne, c'est le CLSC. Quand une femme va trop souvent chez le médecin, il la réfère au CLSC.

SM — Moi, je travaille dans l'optique de l'établissement d'un réseau complet de CLSC, qui va se substituer à la médecine privée.

MP — On est encore marginaux au Québec. On a 80 CLSC et on reste marginaux. Dans bien des secteurs, on nous refuse l'implication parce qu'on

est marginaux, qu'on ne touche pas toutes les clientèles. Par exemple, la santé au travail. On n'a pas voulu l'accorder aux CLSC parce qu'il n'y a pas de CLSC partout. La politique des garderies, c'est pareil. C'est la contradiction du gouvernement : il ne veut pas nous implanter partout et il nous reproche de ne pas être partout. Le budget actuel des CLSC, c'est \$38 millions pour 80 CLSC, sans compter les salaires des individus qui dépendent de la Régie de l'assurance-maladie. Ça représente 60 % du déficit des hôpitaux et moins que le budget de l'hôpital Notre-Dame à Montréal.

PM — Si on se dit que le gouvernement ne pourra pas faire bientôt autrement que de reconnaître que ce qui se fait dans les CLSC est bon et donc qu'il va poursuivre leur implantation, on risque de se tromper. Car le gouvernement peut très bien dire : on prend ce qui est bon dans les CLSC (la multidisciplinarité, l'approche globale) et on le donne à la structure qui semble la plus efficace : les polycliniques privées. C'est ce que voudrait la Fédération des médecins omnipraticiens.

MP — A la Fédération des CLSC, on est convaincus que l'argent pour la mission sociale n'augmentera pas. L'argent pour développer de nouvelles orientations devra donc être pris dans les programmes traditionnels. L'analyse politique nous fait croire qu'il n'y aura pas de développements nouveaux dans les CLSC. On va développer une politique de maintien à domicile. L'argent pour la santé au travail, on va essayer de faire en sorte qu'il permette aux travailleurs de se prendre en main.

SM — On doit passer d'une défense technocratique des CLSC à une défense politique des CLSC. On ne convaincra jamais le gouvernement avec des chiffres. Ça nous donne une marge de liberté. Si on peut s'impliquer en santé du travail, on aura les travailleurs derrière nous. Sur le maintien à domicile, on donne un bon service, un meilleur service que celui des autres établissements. Même si ce n'est pas le type de services auxquels s'attendait le gouvernement. Les gens sont satisfaits. La population est en train d'adopter ses CLSC, et elle va en vouloir plus. C'est notre meilleure défense.

notes

1 Au Québec, le terme "professionnel" recouvre tous les praticiens détenteurs d'un diplôme universitaire dans leur discipline, souvent membres d'une corporation professionnelle. Ainsi, dans les CLSC, les médecins, certaines infirmières, les psychologues, certains travailleurs sociaux, organisateurs communautaires, etc.

2 D'après la loi, les conseils d'administration des CLSC sont composés de 11 personnes, dont 5 usagers élus ; les 6 autres membres sont désignés par le gouvernement ou les établissements du réseau des Affaires sociales ; le directeur général fait partie de droit du conseil, mais avec voix consultative seulement.

3 Pour une description détaillée des activités du CLSC-SOC à Sherbrooke, on peut se référer à l'article de Jean Lavigne : "L'action communautaire au CLSC-SOC de

Sherbrooke", *International Review of Community Development*, 39-40, été 1978, pp. 94-114.

4 Cette étude (Marc Renaud, *Milieu de travail et activité de prescription*, Département de sociologie, Université de Montréal, 1978) repose sur un scénario de simulation de symptômes de céphalée (maux de tête) devant 83 omnipraticiens de polycliniques privées et 28 médecins de CLSC ; elle vise à savoir en quoi les éléments du contexte de la pratique conditionnent les habitudes de prescriptions des médecins. Sur la base d'une échelle d'évaluation de la qualité de la pratique, on obtient les résultats suivants (en pourcentage) : Très satisfaisant : CLSC 50 %, polycliniques : 17 % ; passable : CLSC 25 %, polycliniques : 32,5 % ; inadéquat : CLSC : 25 %, polycliniques : 50,5 % ; Durée moyenne de la consultation : CLSC 21 minutes ; polycliniques : 8 minutes.