

Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux : une lecture plus optimiste

Luciano Bozzini

Volume 3, Number 1, Spring 1990

Mouvements sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301074ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301074ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bozzini, L. (1990). Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux : une lecture plus optimiste. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(1), 107–120.
<https://doi.org/10.7202/301074ar>

Article abstract

En se démarquant des analyses sévères d'une certaine gauche sociosanitaire, notamment celles de Frédéric Lesemann et de Jacques Godbout, l'auteur propose une lecture « plus optimiste » des recommandations du Rapport Rochon, dont celles ayant trait au maintien d'un système public fort, au renforcement de la promotion de la santé et du bien-être, au renforcement de la décentralisation et à la nécessité de mobiliser les acteurs locaux autour d'actions intersectorielles.

❖ *Rapport Rochon
et Orientations
Lavoie-Roux:
une lecture
plus optimiste*

*Luciano BOZZINI
Université de Montréal*

En se démarquant des analyses sévères d'une certaine gauche sociosanitaire, notamment celles de Frédéric Lesemann et de Jacques Godbout, l'auteur propose une lecture «plus optimiste» des recommandations du *Rapport Rochon*, dont celles ayant trait au maintien d'un système public fort, au renforcement de la promotion de la santé et du bien-être, au renforcement de la décentralisation et à la nécessité de mobiliser les acteurs locaux autour d'actions intersectorielles.

LA «GAUCHE» SOCIO SANITAIRE EST SÉVÈRE

À l'exception de la lecture plutôt bienveillante de Vaillancourt (1989), le *Rapport Rochon* et les *Orientations Lavoie-Roux* qui lui ont succédé n'ont pas échappé à la sévérité – faut-il dire habituelle? – des critiques représentant ce qu'on pourrait appeler «l'éventail diversifié de la gauche sociosanitaire». Pour Godbout (1988a, 1988b), par exemple, la Commission n'a pas choisi entre les multiples utopies que contiendrait le *Rapport*: l'utopie politique, l'utopie techniciste, l'utopie administrative et technocratique, l'utopie professionnelle et l'utopie communautaire. En même temps, pour lui, la Commission a en fait choisi le *statu quo*, à savoir la stabilisation de la domination du système public technocratique et bureaucratique. Cet auteur est du reste sévère concernant à peu près tout ce que la Commission a produit comme constats ou comme propositions: la Commission n'aurait pas étayé sa thèse principale du «système en otage»; elle nage dans l'idéalisme naïf en commettant l'impair, traditionnellement impardonnable dans certains milieux de «gauche», de penser que les gens peuvent s'asseoir autour d'une table pour essayer de dégager des objectifs communs ou, au minimum, des compromis; sa proposition sur les régies est condamnée d'avance si on s'en tient à la leçon des commission scolaires; quant au renouveau de la participation, il faudra repasser.

Lesemann (1989) n'est pas beaucoup plus tendre: comme toutes les réformes québécoises depuis la Révolution tranquille, il s'agit encore d'une manifestation de la même «logique technocratique», naïve en plus cette fois dans ses propositions de démocratisation et de participation (régies régionales et programmation par objectifs); la Commission aurait failli à une tâche primordiale, soit la mise au pas des acteurs les plus puissants, les médecins et les hôpitaux; enfin, refrain récurrent (pour ne pas dire fatigant) dans certains milieux, les «organismes communautaires» – qui, d'après un discours trop courant, détiennent le monopole de la qualité et de la démocratie! – sont toujours mal traités.

Paul Bélanger (1989) ne partage pas les accusations de «naïveté», du moins telles que formulées par les deux premiers auteurs. Il trouve que la Commission a bien appris la leçon de Crozier: obnubilée par la thèse que le système de santé était «en otage aux groupes d'intérêt», elle aurait été naïve sur l'essentiel, les règles du jeu qui contraignent les groupes d'intérêt et que les propositions de la Commission n'entament nullement. La prédiction est que dans 15 ans on retrouvera les mêmes gagnants¹.

1. L'ampleur de la critique de cet auteur, à la fois quant aux faits et au paradigme d'interprétation proposé, mériterait une analyse en soi qui dépasse les intentions de ce texte.

LA CRITIQUE SOCIALE SEMBLE OBÉIR AU PRINCIPE DE L'AUBERGE ESPAGNOLE

À l'auberge espagnole, chaque convive mange ce qu'il amène, autrement dit ce qu'il veut. C'est l'image qui se dégage de la lecture des critiques locaux du *Rapport Rochon*. On y trouve une grande variété d'interprétations, à la fois des constats faits par la Commission comme des solutions qu'on dit qu'elle propose ou ne propose pas.

Dans un tel contexte, on ne sera pas surpris de ne pas trouver l'unanimité; plus encore, la lecture des «lectures critiques» révèle passablement de contradictions entre les auteurs, ce qui n'est pas surprenant après tout chez des gens qui ont pour métier d'écrire en fonction de dadas théoriques diversifiés et d'un bagage d'informations différent, qui écrivent la plupart du temps sans se consulter et sans avoir toujours le temps de s'assurer que l'information disponible est bien conforme à leurs thèses préférées. Le moins que l'on puisse dire c'est que, même dans le milieu des «sciences sociales critiques», le consensus sur le sens et les conséquences du *Rapport Rochon* est «introuvable», pour reprendre l'expression de Lese-mann.

C'est pourquoi je me sens assez à l'aise d'y aller de ma propre lecture, qui est considérablement différente. Malgré un certain nombre de limites, en effet, je n'hésite pas à qualifier le *Rapport Rochon* et les *Orientations Lavoie-Roux*² qui en sont l'opérationnalisation approximative, de *textes-fondateurs*. Mon jugement est basé sur trois considérations. Premièrement, ces textes sont basés sur un certain nombre de constats justes et proposent à mon sens un certain nombre de perspectives «justes» (allant dans le sens du progrès de la rationalité, de la démocratie et du bien-être) pour le développement du système sociosanitaire québécois. Deuxièmement, je ne suis pas choqué (comme Godbout ou Lesemann) que la Commission propose des changements dans la continuité: ces textes sont fondateurs parce qu'ils sont stabilisateurs, devant les menaces non conjurées encore de diverses formes de dé-socialisation, de la place dominante que devrait occuper le système public. Finalement, ces textes sont fondateurs dans la méthode de changement proposé: pendant que certains y ont vu la domination de la «solution technocratique» (et curieusement ce diagnostic est autant le fait de la «gauche» sociosanitaire que des fédérations médicales!), d'autres (parfois les mêmes!) ont reproché à la Commission de ne pas fournir de solutions

2. Il y a des différences importantes entre les deux textes. Par exemple, dans les *Orientations*, les régions ne sont pas élues au suffrage universel; les centres hospitaliers universitaires reviennent en force; les CLSC sont ramenés au *Rapport Brunet*. Sur les grandes lignes cependant, il y a continuité entre les deux documents. Pour des raisons de simplification, je les traiterai le plus souvent comme un ensemble.

aux problèmes concrets. Par ses perspectives sur la décentralisation, sur l'autonomie locale nécessaire des établissements mais aussi sur la nécessité de la programmation et de l'intégration locales en fonction d'objectifs – la Commission renvoie la balle, il est vrai, dans le camp des acteurs régionaux et locaux. Ce que la Commission a proposé est de faire confiance aux acteurs, de faire confiance au local. Faut-il rappeler que cela est la seule solution réaliste?

DES PERSPECTIVES JUSTES À PARTIR DE CONSTATS ADÉQUATS

Pour proposer des solutions adéquates pour la réforme et le développement du système sociosanitaire, il faut partir d'un diagnostic, sinon exact, au moins pertinent dans ses grandes lignes. Contrairement à ses détracteurs, je crois que la Commission est partie d'une série de constats adéquats, qui pavent la voie à des réorientations à la fois concernant les objectifs, les stratégies et le fonctionnement des institutions, orientations qui, à mon avis, vont dans le sens du progrès. Je reprendrai ci-dessous les principaux constats – et les perspectives que la Commission en a dégagées – dans un ordre qui ne suppose aucun jugement relatif à leur importance.

LE MAINTIEN D'UN SYSTÈME PUBLIC FORT

Vaillancourt signale fort à propos qu'afin d'éviter que son rapport ne finisse «sur les tablettes», la Commission se devait de ne pas s'aliéner entièrement un certain nombre d'intérêts puissants (comme les fédérations médicales et l'Association des hôpitaux) ou le courant néo-libéral grouillant à l'intérieur du Parti libéral. Ceci explique, du moins en partie, un certain nombre de silences de la Commission (sur la pratique médicale, par exemple) ou la porte laissée ouverte à un certain degré «marginal» (dit-elle) de «privatisation» des services. Sur ce dernier point, la Commission n'est pas explicite. On laisse cependant entendre que tout ne peut être gratuit: par exemple, les services sociaux en dehors des trois catégories de «problèmes sociaux fondamentaux» repérées par la Commission ne seraient gratuits qu'en fonction des capacités de payer. Dans le contexte économique, politique et idéologique actuel, on comprend que la Commission ne pouvait proposer d'élargir la couverture des divers régimes publics.

Par contre, forte du vaste soutien au régime public qui s'est manifesté auprès d'elle, la Commission a eu le mérite de souligner avec force les caractéristiques positives du système sociosanitaire québécois, et de recommander par conséquent le maintien d'un système public «fort» dans la

production des services, et le maintien du financement public pour les services de base requis. De plus, une proposition concrète de la Commission va dans le sens du renforcement du caractère public-socialisé du système sociosanitaire. Par le concept de «services sociaux socialement requis» (par analogie avec «médicalement requis»), la Commission ouvre la porte justement à un débat concret sur les services autres que médicaux (psychosociaux et sociaux) qui devraient bénéficier d'une couverture publique.

On ne peut simplement, comme le fait Vaillancourt, argumenter abstraitement en faveur de «l'égalité de traitement» entre les soins médicaux et les «soins sociaux», en ce qui concerne la gratuité ou non de l'aide à domicile, ou le plus grand nombre d'heures d'ouverture de la clinique médicale (par rapport à la «clinique sociale») dans les CLSC. Sur ce dernier point, par exemple, des données provenant de trois régions montrent que 90 % des urgences du service dit 24/7 sont des «urgences médicales» (FCLSC, 1990). On peut, par contre, comme le fait la FCLSC, argumenter en faveur d'une parité des heures de disponibilité (sur place ou sur appel).

Dans le contexte des contraintes qui vont continuer à peser sur les finances publiques, le débat concernant l'éventail des services assurés devra être poursuivi, moins à partir de positions idéologiques abstraites que de critères précis. Certains services médicaux ne sont pas actuellement assurés (soins esthétiques, veines variqueuses, etc.); cette liste pourrait être rallongée. Inversement, pourquoi des malades chroniques devraient-ils supporter le fardeau à vie de médicaments qui, dans le cas de plusieurs pathologies (hypertension, par exemple), est beaucoup plus élevé que les coûts des visites médicales? Un débat encore plus complexe nous attend en ce qui concerne la couverture publique des diverses catégories de «soins psychosociaux» comme des divers types de «médecines alternatives». On devra également affronter de façon réaliste la place dominante de la profession médicale. D'une part, ce quasi-monopole est largement soutenu par la population et pour ceux qui font du chantage (on peut toujours quitter le Québec). D'autre part, ne nous leurrions pas: ce pouvoir est également fonction d'une efficacité démontrée (même si elle est surestimée). Ce n'est qu'au fur et à mesure de l'affaiblissement de son hégémonie culturelle que le pouvoir médical peut être entamé avec succès: on ne peut pas toujours «mettre au pas» par décret.

Tout le débat sur la «privatisation» des services pourrait être maintenant poursuivi selon les balises indiquées par la Commission Rochon: maintien d'un service public dit «fort», financement public des services de base requis (médicaux et sociaux), équité s'il doit y avoir rationnement. Par ailleurs, des mesures de «privatisation» (dans le financement ou la production de services) devraient être examinées à leur valeur. Certaines mesures (comme la

participation à certains frais) pourraient être bien acceptées par la population, sans entamer les caractéristiques de base du régime³.

LE RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Le Rapport Rochon consacre un chapitre entier à défendre l'idée qu'il n'y aura pas d'amélioration sensible de l'état de santé et de bien-être, sans que la promotion du bien-être et la prévention ne soient au premier plan. L'idée n'est sans doute pas originale: elle date (pour ne pas remonter inutilement jusqu'à Hippocrate) du XIX^e siècle. Le mérite du *Rapport* est non seulement de maintenir vivant et à l'avant-scène le nouveau discours sociomédical qui s'est redéveloppé à partir des années 60, mais de faire des propositions concrètes pour que ce discours s'inscrive progressivement dans la réalité. Il faut, d'une part, définir et s'attaquer à un certain nombre de problèmes de santé et de problèmes sociaux prioritaires. (On reviendra plus loin sur les avantages de cette stratégie.) Mais, d'autre part, à l'encontre de certains critiques qui lui reprochent son approche «médico-épidémiologique» des problèmes, la Commission en vient à insister sur des notions fondamentales, soit la nécessité du développement social sous tous ses aspects et la nécessité d'atteindre un haut degré d'équité sociale pour éliminer le plus possible la pathologie sociale et pour hamacher les forces sociales, davantage en fonction du progrès que des conflits. Dans ce sens, le *Rapport* fait sien le concept maintenant commun d'intersectorialité et rappelle à propos (voir l'histoire des CLSC) la nécessité du développement social et de l'intégration de l'ensemble des institutions sociales, afin que le système de santé et de services sociaux n'ait pas à assumer directement des responsabilités qui dépassent son mandat.

Comme l'a remarqué justement Jean-Pierre Bélanger (1988), dans ce souci d'assurer à la santé publique-communautaire une place de premier plan, le *Rapport* allait plus loin. Il proposait 1) que la mission de santé publique devienne une fonction centrale du Ministère; 2) la création d'un Centre de santé publique (organisme fonctionnel ayant pour mandat de concevoir des programmes de santé, de promouvoir le développement social et l'action intersectorielle); 3) la création d'un Conseil de la santé et du bien-être (organe-conseil du gouvernement sur les politiques à long terme en matière de santé et de bien-être dans une perspective d'intersectorialité); 4) le rattachement des DSC au Ministère; 5) le contrôle du développement

3. Ceci existe déjà: des personnes âgées préfèrent payer un peu de leur poche pour obtenir des services à domicile adaptés à leurs horaires (souplesse que les services publics ne peuvent pas toujours garantir).

du complexe médico-hospitalier par le rattachement direct des centres hospitaliers universitaires au Ministère et par la diminution de leur nombre.

Il aurait été naïf de penser qu'en période d'élimination d'organismes gouvernementaux, les propositions d'ajout auraient passé sans broncher. Les *Orientations* ne les ont pas retenues, comme elles n'ont pas retenu l'idée de rattacher les DSC et les CHU au Ministère. Par contre, la mission de santé publique-communautaire devient une fonction centrale (en passant, même l'AHQ est d'accord avec cela, en plus de reprendre l'idée d'un conseil consultatif de santé publique et d'être d'accord avec la diminution des CHU!). N'oublions pas non plus que les CLSC sortent renforcés des exercices successifs d'évaluation (*Rapport Brunet, Rapport Rochon, Orientations*).

Il m'apparaît, au bilan, que la santé communautaire chemine à la fois au plan du discours et des mesures concrètes. La Commission a vertement critiqué la surestimation et le surdéveloppement de l'approche biomédicale tout en reconnaissant ses bienfaits et la nécessité d'un équilibre entre le curatif et le développement du bien-être. Et ce n'est que jusqu'à un certain point qu'on peut limiter la haute technologie «par décret». Les «malades de civilisation» la demandent. Son affaiblissement ne peut être que progressif et il est du reste en cours en proportion du développement d'une nouvelle culture et de nouvelles pratiques de santé. À titre d'exemple, les DSC élaborent actuellement un programme global d'approche des maladies cardiovasculaires, dans lequel les «acteurs sectoriels» (y compris les entreprises) sont déjà à l'œuvre. Bref, on est loin, à mon avis, du diagnostic de Paul Bélanger à l'effet qu'il ne se fait pas grand-chose pour contrer «la consommation passive». Même dans la relation individuelle médecin-patient, ce stéréotype correspond de moins en moins à la réalité. Se pourrait-il que sur le terrain, les idées cheminent parfois plus vite que dans les officines universitaires?

LE RENFORCEMENT DE LA DÉCENTRALISATION

Le renforcement de la décentralisation est à l'ordre du jour depuis 15 ans. On s'est vite aperçu en effet – de façon générale – que la créature mi-figue mi-raisin des conseils régionaux n'avait pas suffisamment de latitude pour influencer de façon considérable la réorganisation institutionnelle dans les territoires. Mais la réalité des conseils régionaux est tout de même plus différenciée: selon plusieurs études (Québec, 1987b), les conseils ont su être plus efficaces et plus influents en dehors des grands centres (pour des raisons sociologiques connues: plus fort degré d'intégration sociale, front commun contre le centre, etc.). De plus, comme l'a souligné fort à propos la Commission, depuis la réforme Castonguay les dynamismes régionaux

– économiques, politiques, identitaires – se sont intensifiés. On assiste à un renforcement du tissu social, des compétences, du sentiment d'appartenance, et surtout à un renforcement de la prise de conscience de l'échec de la gestion centralisée (à la base comme au sommet). C'est à partir de ces constats – à mon sens parfaitement valides – que le *Rapport Rochon* comme les *Orientations* proposent un pas sensible en avant, à savoir la décentralisation du pouvoir d'affecter les priorités régionales et d'allouer les ressources en fonction de ces priorités. La deuxième caractéristique des régies proposées est qu'elles seraient gérées par un conseil d'administration formé uniquement de citoyens. Liée à la tendance vers la gestion par programmes, l'existence d'un pouvoir régional fort (sur la carte, au moins) représenterait une contrainte importante au plan de l'autonomie de l'ensemble des établissements et des organismes du territoire.

Il est compréhensible que l'AHQ s'oppose à une telle proposition. Par ailleurs, j'ai tendance à interpréter l'opposition aux régies (1990) de M. Claude Castonguay en fonction de son éloignement de la scène socio-sanitaire et, réciproquement, de sa proximité avec la sacro-sainte autonomie de l'entreprise privée. M. Castonguay ne réalise peut-être pas que sa formule de décentralisation en 1971 était un «gadget technocratique» fondé sur peu de choses: ni régions ni compétences ni conscience de l'échec de la centralisation. Inversement, tout rend mûre aujourd'hui l'idée de la décentralisation.

C'est pourquoi je trouve difficilement compréhensible l'agressivité avec laquelle les critiques mentionnés ont accueilli cette proposition. D'une part, pour Lesemann, le fait de «croire à la virginité des élus régionaux» et «d'imaginer qu'un sursaut de rationalité, d'appel au bien commun puisse mettre au pas des intérêts particuliers puissants» constitue une énième «utopie technocratique». Il me semble que cela revient à qualifier indûment de naïve la Commission. Qui songerait jamais à imaginer que des élus pourraient être sans reproche? D'autre part, le *Rapport Rochon* propose moins «l'appel au bien commun» que la négociation face à face. La pensée décentralisatrice vise à provoquer la confrontation des intérêts, à négocier sur la base de faits connus de tous, ce qui a des chances d'aboutir, sinon toujours à des consensus, du moins à des compromis raisonnables, au lieu de fuir dans le *statu quo* corporatiste centralisé.

Godbout (1988a) est encore plus dur à l'égard de l'idée des régies régionales, mais sa critique, plus détaillée, vaut qu'on s'y arrête. D'abord, il estime peu probable – à la lumière de l'expérience des commissions scolaires et des données classiques sur les conditions de la participation – que la population s'intéresse à ces organismes, d'autant plus qu'ils n'auraient même pas autant de pouvoirs que les commissions scolaires, puisque les

conseils d'administration d'établissements subsisteraient. Sa mise en lumière des similitudes des régies du *Rapport Rochon* avec les commissions scolaires est intéressante (même statut intermédiaire entre l'État et les établissements, même instance sectorielle, même absence d'autonomie financière, même élection au suffrage universel, même mandat de «planification, programmation»). Il y a cependant, je crois, une erreur dans cette comparaison. Les régies – à supposer qu'on en fasse ce qui était prévu – seraient plus que des organismes technocratiques de planification-programmation: elles seraient investies du mandat d'allocation des ressources, donc du mandat de contraindre et de provoquer la réaffectation de ressources; elles influeraient donc la nature et le fonctionnement du réseau de services. Dans ce contexte, il m'apparaît gratuit de postuler que la population ne s'y intéressera pas: pas «l'utilisateur ordinaire» nécessairement, comme le veut une certaine rhétorique populiste, mais ceux dans la région qui sont intéressés à une meilleure organisation du réseau sociosanitaire. Contrairement à Godbout, j'aurais tendance à postuler que les possibilités d'action, dans le réseau sociosanitaire, sont plus grandes que dans le système scolaire et que, par conséquent, les citoyens s'y intéresseront ⁴.

On peut même opiner que le collège électoral prévu par les Orientations en lieu et place du suffrage universel est préférable à ce dernier: plus économique, il assurerait en outre que les divers acteurs (établissements, organismes communautaires, élus, représentants socio-économiques) fassent sentir leur importance⁵. Et on ne peut postuler que les hôpitaux tireront toujours les marrons du feu au détriment des plus «faibles» (CLSC, organismes communautaires). Au-delà des consensus et des compromis raisonnables dont certains milieux de «gauche» sous-estiment systématiquement la prévalence – Est-ce parce qu'ils sont confinés eux-mêmes à un monde individualiste et souvent mesquin fonctionnant surtout sur le modèle de la lutte d'intérêts? – les coalitions risquent d'être fort mouvantes.

Je crois (comme Godbout et l'AHQ) que les régies correspondent à une centralisation partielle du local, mais je ne m'en offusque pas, au contraire! C'est la sacro-sainte autonomie des établissements qui est la cause principale de l'anarchie et des corporatismes locaux. Je partage par contre sa crainte selon laquelle la décentralisation reste en deçà des attentes. Depuis des années, le problème du «contrôle politique» est l'obstacle essentiel et il

4. Dans le système scolaire, les citoyens veulent que l'école fonctionne, et cela devrait se passer largement au niveau de l'établissement, alors que le système sociosanitaire constitue un réseau. Hélas! non seulement les citoyens s'intéressent peu aux commissions scolaires, mais, comme le montre l'expérience des comités de parents, ceux-ci se désenchantent également vite d'une instance locale sans influence. Et cela sans parler du désenchantement vis-à-vis du système scolaire public.

5. La démocratie représentative est souvent présentée comme le modèle idéal alors qu'il faudrait aussi discuter des dysfonctions que souvent elle entraîne.

n'est pas levé. À défaut de la création d'un nouveau palier de gouvernement régional (ce qui n'est pas pour demain), le central reste politiquement responsable. L'avenir de la décentralisation ne reposerait-il pas alors sur la capacité de développement d'une «culture politique» qui ferait que les problèmes seraient, en partie au moins, «arbitrés, surveillés politiquement» par la députation régionale (au lieu de recourir systématiquement au centre)? Le succès dépendra aussi de la confiance que le centre sera prêt à accorder au régional, en fonction ultimement des résultats obtenus. À cet égard, on en saura un peu plus lorsque la nouvelle loi sera adoptée.

Bref, je crois que cette nouvelle poussée insufflée à la décentralisation est dans le sens de «l'histoire», car la gestion centralisée est condamnée et la décentralisation favorise l'adaptation et la participation, elle oblige les acteurs à se confronter en fonction d'une logique de besoins et non pas d'établissements. À part soutenir les positions conservatrices des intérêts établis qui fétichisent les régies – en les qualifiant à l'avance de monstres bureaucratiques – pour mieux les discréditer, avons-nous d'autres choix que celui de soutenir cette nouvelle poussée?

LA NÉCESSITÉ D'UN CENTRAGE SUR DES OBJECTIFS, DE L'INTÉGRATION LOCALE DES SERVICES

La Commission constate, entre autres, que non seulement une part importante des efforts qui n'est pas conçue en fonction d'objectifs définis, priorisés, atteignables et mesurés, ce qui laisse subsister bien des doutes sur la pertinence et l'efficacité des actions posées; bien plus, l'autonomie «intouchable» des établissements et des producteurs de services et leur isolement par rapport à l'expression des besoins de la population favorise le double emploi tout en empêchant l'intégration des efforts. En d'autres termes, l'absence de projets communs, de programmes communs – à la fois cause et effet de l'autonomie professionnelle et institutionnelle – entraîne la prédominance d'une logique d'établissements, au lieu d'une logique d'intégration des actions en fonction de la santé et du bien-être.

Pour résoudre cette «perversion», le *Rapport Rochon* recommande plusieurs pistes d'action, comme la nécessité de définir des objectifs prioritaires afin de concentrer les efforts, l'allocation et la gestion des ressources par programmes focalisés sur des populations cibles ou sur des problèmes, la nécessité de mobiliser les acteurs locaux autour d'actions intersectorielles. À ces stratégies d'action, les *Orientations* ont ajouté un outil institutionnel, soit les conseils d'administration unifiés par territoire de CLSC ou de CSS.

Encore une fois, la réception de ces propositions n'a pas été enthousiaste. Du côté de la «gauche», on voit dans l'allocation-gestion par objectifs-programmes des «pièges technocratiques» tels que la réaffectation des ressources, mais, oh! scandale!, dans la «logique des programmes» et du «contrôle socio-épidémiologique» des populations. La «gauche» m'apparaît prisonnière ici de ses rengaines et simplifications. L'allocation-gestion par objectifs-programmes n'est rien d'autre que l'introduction d'un minimum de rationalité dans un système plus ou moins anarchique. Elle présente de plus toute une série d'avantages: elle force l'intégration, elle fournit des critères d'arbitrage, elle rend visible le caractère multisectoriel des problèmes et, enfin, elle constitue un outil de mobilisation. Je comprends cependant les réticences: les programmes cadres centralisés, la mainmise du modèle socio-épidémiologique sur le développement social, la bureaucratie, le «contrôle social».

Ces dangers sont réels, mais je crois qu'il faut renverser la perspective. Au lieu de voir le diable partout, ce qui paralyse l'action et garantit le *statu quo*, pourquoi ne pas aller chercher le potentiel de rationalité et de démocratie que ces propositions peuvent livrer? Contre certains radicaux, Vaillancourt soutient que les groupes communautaires ont tout intérêt à exploiter à fond la brèche que le Ministère est prêt à ouvrir. J'appliquerais un raisonnement analogue ici: l'allocation-gestion par objectifs-programmes sera largement ce que les acteurs régionaux et locaux décideront d'en faire. On a des exemples de démobilisation du local par le central, mais je crois que le rapport est dialectique: le centralisme prospère d'autant que le local est plus faible.

Le problème institutionnel m'apparaît autrement plus sérieux: où se situe le pivot pour l'intégration locale des services sociosanitaires? Les *Orientations* ont proposé un outil, à savoir un conseil d'administration unifié intégrant les établissements du territoire à l'aide d'une structure de gestion légère de type «consensuel»: le comité des directeurs d'établissements. La rumeur veut que ceci soit un premier pas vers une intégration plus poussée (genre «ensembles de santé» à direction unique) promue par certains technocrates ministériels. La proposition des conseils d'administration unifiés semble déplaire à peu près à tout le monde, de l'AHQ à la FCLSC, pour des raisons cependant partiellement différentes. L'AHQ y voit surtout de l'uniformisation (elle tait l'idée que cela constitue une brèche dans l'autonomie des hôpitaux), les CLSC s'opposent également à une formule trop rigide et craignent la dilution du caractère spécifique et local des CLSC. Plusieurs observateurs attirent l'attention sur le danger de perte d'appartenance (au plan du personnel comme du conseil d'administration). Plusieurs suggèrent au Ministère de prendre plutôt la voie des fusions volontaires (qui,

en fait, se multiplient sur le terrain) et la voie de la diversification locale (des ententes de services à d'éventuels ensembles de santé, en passant par des fusions). Certains (Bozzini et Contandriopoulos, 1990) suggèrent la voie de la sectorisation. D'autres solutions sont également envisagées: la Fédération des CLSC, par exemple, jongle avec l'idée d'un mécanisme responsable de la planification et de la coordination de tous les services de première ligne du territoire (ce qui incluerait autant les cliniques privées que les groupes communautaires).

Si le Ministère et les acteurs diffèrent sur les formules employées, ils convergent cependant vers la nécessité d'une meilleure intégration des services sociosanitaires au sens étroit du terme. Mais allons plus loin. Si on parle d'action intersectorielle, quelle instance locale (municipalités, MRC) est prête à jouer le jeu? Quelle est la force de nos institutions locales? C'est ici, je crois – dans la faiblesse des institutions locales – que le bât blesse. Un des problèmes qui a nui considérablement au développement des CLSC n'a-t-il pas été le fait que – créés comme institutions sociosanitaires de première ligne – ils ont dû pallier l'absence d'institutions locales fortes de développement économique et social?

Godbout (1988b), partisan de la décentralisation la plus locale possible, constate que les municipalités ne sont pas prêtes à s'occuper du secteur sociosanitaire. Il suggère qu'on arrête de théoriser et qu'on laisse se développer la décentralisation et l'intégration localement diversifiées, selon les volontés des divers acteurs locaux (MRC, municipalités, établissements, groupes communautaires). Une telle anarchie pourrait sans doute difficilement être institutionnalisée sur le plan juridique, mais la diversification d'expériences-pilotes pourrait être féconde.

Encore une fois, je crois que le *Rapport Rochon* et les *Orientations* ont attiré l'attention sur un problème crucial, soit l'intégration locale du réseau sociosanitaire, mais également celui du développement de la démocratie locale qui, sans qu'elle doive être prise pour une panacée, comme le rappelle fort à propos Groulx (1988), apparaît inévitable. Ces deux documents proposent également un pas en avant dans la démocratisation avec le renforcement de la présence des citoyens dans les conseils d'administration. Finalement, il faudra bien en venir à des propositions concrètes, branchées sur les possibilités et les volontés du milieu, et non seulement se contenter d'appels abstraits à une plus grande démocratie.

CONCLUSION

J'ai essayé de cerner dans ce texte quelques-unes des perspectives proposées par le *Rapport Rochon* et les *Orientations* qui m'apparaissent prometteuses pour le développement du réseau sociosanitaire, plus largement pour le développement de notre société. D'autres points auraient mérité d'être relevés, en particulier l'accent mis par la Commission et les *Orientations* sur une double nécessité, soit d'assurer des services personnalisés respectant l'autonomie des personnes, invitant même la participation des personnes, et potentialiser le travail l'interaction avec les «milieux naturels» (familles, réseaux, groupes communautaires). À cet égard, plusieurs propositions concrètes sont déposées: meilleure reconnaissance des groupes communautaires, amélioration de l'accueil et de l'orientation, plan de services individualisé, qualité des services comme critère d'évaluation, protection des droits des usagers, etc. Les *Orientations* proposent également le lancement d'un débat public sur la reconnaissance des «médecines alternatives». Ceci, en plus des points développés ci-dessus, nous éloigne, à mon avis, du renforcement de l'hégémonie médicale et de la «consommation passive».

Les documents étudiés sont imparfaits, incomplets, mais à trop vouloir les critiquer, on renforce justement les forces conservatrices qui ne se gênent pas pour les rejeter du revers de la main. Je crois au contraire qu'ils renferment des constats précieux et des perspectives intéressantes à partir desquelles les acteurs se situant dans la ligne du progrès peuvent contribuer, à préciser des solutions concrètes.

Bibliographie

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ) (1990). *Mémoire à la Commission parlementaire*, janvier.
- BÉLANGER, Jean-Pierre (1990). «Comment désengorger les urgences... malgré les urgences parfois: une analyse des systèmes 24/7 des CLSC», *CLSC-Express*, avril.
- BÉLANGER, Jean-Pierre (1988). «La santé communautaire à travers le rapport de la Commission Rochon», *Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec*, juin.
- BÉLANGER, Paul (1988). «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60, 145-156.
- BOZZINI, Luciano et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (1990). «La privatisation n'est pas la solution», *Le Devoir*, 21-22 février.
- CASTONGUAY, Claude (1990). «Ouvrir le système à la concurrence», *Le Devoir*, 25 janvier.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport*, Québec, Les Publications du Québec.
- GODBOUT, Jacques T. (1988a). «Une commission en otage», *Relations*, juin.

- GODBOUT, Jacques T. (1988b). «Des grandes solutions pour des petits problèmes... À propos de la décentralisation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60, 139-143.
- GROULX, Lionel (1988). «La décentralisation du social: une solution pour quoi, pour qui?», *Canadian Review of Social Policy / Revue canadienne de politique sociale*, n° 22, novembre, 71-79.
- LESEMANN, Frédéric (1988). «Le Rapport Rochon: l'introuvable consensus», *Revue internationale d'action communautaire*, 19/59, 137-143.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1987a). *Rapport du Comité d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1987b). *CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987: bilan d'une recherche*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre.
- VAILLANCOURT, Yves (1989). «De Rochon à Lavoie-Roux: une introduction au dossier», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, printemps, 23-36.