

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Une forme mouvementée de gestion du social : les CLSC The CLSC: A Troubled Social Institution Una forma agitada de gestión de lo social: los CLSC

Paul R. Bélanger and Benoit Lévesque

Number 19 (59), Spring 1988

Repenser les solidarités étatiques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034240ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034240ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bélanger, P. R. & Lévesque, B. (1988). Une forme mouvementée de gestion du social : les CLSC. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (19), 49–64.
<https://doi.org/10.7202/1034240ar>

Article abstract

The establishment in Québec in the 1970's of Centres locaux de services communautaires (CLSCs) was the result of a social crisis that existed at the time, but which has evolved into a different set of conditions today. The issues at stake in the CLSCs of today are presented by the authors through an examination of the structure and functioning of these institutions. Two dimensions—work relations and consumer (client)/institution relations—are examined side-by-side.

At their origin, CLSCs were characterized by a three-way alliance between administration, staff and users. Client dependency and authoritarian work relations were rejected as models. This initial balance was thrown into jeopardy when a Fordist work model was adopted to replace the original sociopolitical model. On the consumer level, categorization began to replace the sociocommunity model in provision of social services. The future of the CLSC as an institution will be determined around these issues.

Local Community Service Centers. The abbreviation "CLSC" is commonly used in Québec in English as well as French milieux.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1988

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Une forme mouvementée de gestion du social : les CLSC

**P. R. Bélanger
B. Lévesque**

Un système de santé et de services sociaux se reconnaît à la nature des compromis effectués autour de trois problèmes principaux : le *mode de financement* (le public ou le privé, la gratuité partielle ou totale des services), l'*accessibilité* (égalité d'accès indépendamment des inégalités régionales, locales, socio-culturelles ou de revenu), la *transparence démocratique* (les choix et arbitrages faits par la population, les professionnels, les technocrates ou les compagnies d'assurances) (Lanoé, 1987). Globalement, le Québec, en se dotant d'un service public de santé et de services sociaux, a résolu le problème du financement par la gratuité partielle, mais le caractère centralisé du système a contribué à maintenir de fortes inégalités régionales et socio-culturelles de même qu'une relative opacité technocratique et bureaucratique (M. Renaud, 1981 ;

Lesemann, 1981). Cependant, le réseau n'est pas homogène et il existe une filière particulière et originale constituée par les centres locaux de services communautaires (CLSC). Ceux-ci sont décentralisés et dirigés en partie par la population locale ; ils reconnaissent la complémentarité des services sociaux et de santé, de la prévention et du curatif, de l'intervention professionnelle et de la prise en charge autonome, de la spécialisation et de la multidisciplinarité. Par comparaison avec les autres modalités d'organisation (par exemple, les centres hospitaliers), cette filière du réseau favorise donc une plus grande équité locale, régionale et socio-culturelle, de même qu'une plus grande transparence des arbitrages.

Depuis quelques années, les équilibres qui régnaient dans le système de santé et de services sociaux sont remis en question.

On assiste aux luttes acharnées des divers corporatismes pour le redécoupage des territoires, de certains groupes cibles et syndicats qui sollicitent une intervention accrue de l'État, et des néo-conservateurs et groupes communautaires qui réclament une désétatisation, quoique dans une perspective bien différente. Les mêmes tendances traversent-elles les CLSC, cette forme presque alternative ou intermédiaire entre l'État et le marché ? En particulier, qu'en est-il de la transparence démocratique ?

Nous allons présenter les CLSC comme un produit original de la crise économique et socio-culturelle du début des années 1970 au Québec ; l'analyse de la forme actuelle fera apparaître les tensions entre la montée des corporatismes d'une part et les pressions innovatrices d'autre part. Mais il faut d'abord lever certains

- 50 obstacles théoriques à l'analyse d'organisations concrètes et à l'articulation des forces sociales qui modèlent ces organisations.



Éléments de problématique

Les études récentes sur les formes de gestion du social se présentent selon deux points de vue relativement étanches. L'un met l'accent sur l'autonomie de l'État et des appareils de gestion sous forme de couple (système d'action) technocratie-citoyens. L'autre considère plutôt la dynamique des relations de travail et met en rapport l'État employeur et les salarié-e-s.

L'État technocratique et les mouvements sociaux

L'étude des rapports entre l'État technocratique et les citoyens fait apparaître l'emprise croissante de la rationalisation sur les pratiques sociales. Par la planification urbaine et régionale et par la rationalisation des services de

santé et des services sociaux, l'État s'approprie le tissu social (Maheu, 1983), impose ses modèles, ses programmes et, ultimement, des modes de vie (Touraine, 1978). Plus encore, les interventions se raffinent : de providence, l'État devient disciplinaire (Levasseur, 1980). La pénétration « extensive » des activités quotidiennes fait place à un déploiement « intensif » de formes nouvelles de normalisation des comportements. La prévention remplace la punition, les attitudes et motivations sont désormais préformées (Offe, 1985). Lorsque les méthodes de gestion souple relevant de la séduction (Lipovetsky, 1983) ne réussissent pas à canaliser toutes les énergies, les résistances prennent la forme de mouvements sociaux.

... ou l'État employeur et les syndicats

Le second point de vue appréhende la gestion du social sous l'angle de la dynamique des rapports de travail. Sous la contrainte de l'accumulation du capital et de la crise des finances publiques, l'État comprime ses dépenses dans le domaine social. Les coupures de services et de salaires ont été les mesures les plus spectaculaires (Beaulne, 1982), mais à moyen terme la croissance vertigineuse des coûts ne pourra être contrôlée que par une augmentation de la productivité (Aglietta, 1986). L'organisation du travail se transforme dans plusieurs directions : taylorisation de certaines activités professionnelles comme le travail infirmier et le travail social, précarisation du travail par le recours accru au temps partiel et à la sous-traitance (Dostaler, 1982), dualisation du marché du travail dans les services collectifs. Les diverses catégories socio-professionnelles ne sont pas toutes touchées ni de la même manière. Les conventions collectives sont

aussi remises en question : l'enjeu principal semble devoir être la flexibilité. Dans cette perspective, ce sont les rapports sociaux de travail qui vont déterminer les formes nouvelles des conventions collectives et de l'organisation du travail.

Ainsi, les analyses se présentent sous deux figures théoriques imperméables l'une à l'autre et mettant en relation des acteurs sociaux différents. L'une, d'inspiration weberienne, prend appui sur les pouvoirs des appareils qui imposent des modes de vie. L'autre, d'inspiration marxiste, explore les modes de régulation des rapports de classes, plus spécifiquement sous l'angle du rapport salarial et des relations nouées entre les syndicats et le patronat (Boyer, 1986). Mais sous l'angle des rapports de travail, il est impossible d'assumer les demandes sociales provenant des usagers et des mouvements sociaux, et l'État est le plus souvent considéré exclusivement comme un lieu de transfert ou de redistribution des ressources. De son côté, l'approche étatiste considère comme négligeables les conflits de travail et l'importance des classes sociales dans les restructurations en cours.

Pourtant, si l'on étudie des formes concrètes d'organisation comme les CLSC, qui ont été façonnées à la fois par des conflits de travail et par des mouvements sociaux d'usagers-consommateurs, on conçoit comment mode de production et mode de consommation peuvent être réfléchis simultanément.

Rapports de travail et rapports de consommation

Il y a possibilité d'éviter les deux réductionnismes mentionnés plus haut, à deux conditions : d'abord, il faut reconnaître que les rapports de classes se développent en de multiples rapports sociaux (Mouffe, 1983) ou formes institutionnelles (Lipietz, 1984) qui

sont autant de modalités de régulation sociale ; ensuite, on doit constater que les organisations concrètes sont soumises à plusieurs modalités de régulation et que l'articulation de ces formes institutionnelles leur donne leur spécificité.

Il est nécessaire en effet de se dégager du dilemme de l'économisme et du politisme. Selon l'économisme, « l'évolution sociale est commandée par une logique unique qui est de type économique et l'unité d'une formation sociale est pensée comme étant le résultat des "effets nécessaires" de l'infrastructure économique »¹. Le type d'État, les modalités d'intervention de l'État, les politiques sociales, le mode de vie sont alors dérivés directement des exigences de l'accumulation du capital. À l'inverse, le politisme place le pouvoir au point de départ de la trame causale ; le pouvoir se spécifie en plusieurs instances, pénètre tous les lieux : école, hôpital, usine, etc., où il différencie, hiérarchise et normalise. La société doit plutôt être pensée comme un ensemble complexe de rapports sociaux qui ont leur dynamique propre et qui cependant se constituent en configurations stables, régulières, dans la mesure où ils sont compatibles les uns avec les autres.

Ainsi, les luttes sociales se déploient en plusieurs formes institutionnelles qui en constituent autant de règles du jeu ou de compromis institutionnalisés pour les pratiques sociales qu'elles codifient ou réglementent. Les rapports de pouvoir, en se matérialisant dans des systèmes de relations stables nécessaires à la prévisibilité des comportements, caractérisent en même temps un type de société. Dans le même sens, les transformations sociales sont conçues comme le résultat de luttes sociales : celles-ci remettent en question une configuration spécifique des formes institutionnelles.

Une crise économique et socio-culturelle n'est alors que l'autre face d'une période où la régularité était assurée par un ensemble particulier de règles du jeu ; elle est possible parce que la régulation n'est qu'un armistice social (Boyer, 1986) et non l'évanescence des rapports de pouvoir sous l'égide de valeurs consensuelles et de la convergence d'intérêts.

Il est alors possible de caractériser une période de l'évolution du capitalisme par l'articulation de diverses formes structurales : un procès de travail, un régime de négociation collective, un État redistributeur et gestionnaire des droits (les consommations collectives : santé, éducation, services sociaux, etc.), une industrie culturelle, une organisation du travail (organisation de la soumission-collaboration), etc. Autant de formes dont la compatibilité assure une cohésion sociale, mais dont chacune a un dynamisme propre qui ne peut être dérivé mécaniquement d'une logique centrale unique.

Pour notre propos, nous retenons deux formes particulières qui déterminent les modalités d'organisation des CLSC : les rapports sociaux de travail² et les rapports sociaux de consommation. Les premiers renvoient à la dynamique des relations entre syndicats et patronat et se stabilisent le plus souvent par les procédures de négociation collective ; l'imposition de règles du jeu par décret gouvernemental serait l'indice d'une remise en question des règles du jeu et de leur incapacité de générer d'autres normes sociales. Les conventions collectives codifient la répartition des pouvoirs entre le patronat et le syndicat, les devoirs et responsabilités des parties, la hiérarchie et le contenu des occupations ou postes, et la répartition des salaires. Ces rapports de travail sont une forme institutionnelle importante non seulement par le conte-

nu des conventions et le niveau des négociations lors de leurs renouvellements, mais aussi par leur stabilité dans le temps. Ainsi, l'extension des droits de gérance consacre l'exclusion totale ou partielle des salarié-e-s des pouvoirs de décision et ces « acquis » ne sont pas remis en question à chaque négociation. De même, la pratique de la négociation à une table unique pour tous les établissements d'un secteur ou encore celle de la négociation d'un modèle qui s'appliquera ensuite à des établissements ou entreprises du même secteur sont des règles qui s'imposent pour des périodes relativement longues.

Les rapports de consommation désignent les rapports de pouvoir qui s'institutionnalisent dans les diverses formes de gestion des consommations collectives ou des services publics. Les luttes sociales qui aboutissent à la reconnaissance de droits (à la santé, à l'éducation, etc.) et à l'émergence d'institutions régulatrices de la réalisation effective de ces droits ne se conforment pas aux mêmes procédures formelles que celles qui prévalent dans les relations de travail : grève, lock-out, négociation, sauf dans le cas des droits à la santé et à la sécurité au travail, où patronats et syndicats négocient par l'intermédiaire de leurs associations respectives. C'est d'ailleurs davantage par des manifestations, des interventions publiques, des commissions d'enquête, des colloques et autres moyens de pression que les forces sociales tentent d'imposer les institutions qui correspondront le plus à leurs intérêts respectifs. Comme on l'a vu en introduction, les enjeux sont ici les modes de financement, la programmation, l'accessibilité des services et surtout la répartition des pouvoirs dans les mécanismes d'arbitrage. Les formes que vont prendre les institutions de services collectifs codifient les rapports de

52

consommation entre l'État et les citoyens-consommateurs-usagers qui déterminent les modes de participation et les normes de consommation. C'est donc ici l'ensemble des pratiques sociales de consommation ou de réalisation effective des droits qui sont régulées, à la différence des pratiques de travail, qui sont socialisées par les rapports de travail.

Les « conventions » dans le domaine des consommations collectives vont se caractériser entre autres par la répartition des pouvoirs dans la définition des services et programmes et par le niveau, central ou local, où les arbitrages sont négociés et renouvelés. En particulier, les relations entre l'État, les professionnels et les usagers sont importantes ici, car elles renvoient aux modes de contrôle ou de disciplinarisation des populations, aux modes actifs ou dépendants de la consommation. Les rapports de consommation sont donc des rapports de domination et autant de lieux de conflit social où les consommateurs peuvent se constituer en mouvements sociaux pour intervenir sur le mode de consommer, sur les objectifs et orientations des services de consommations collectives, sur leur place dans la définition de ces objectifs et orientations.

Il est possible de distinguer les rapports de travail et les rapports de consommation, car les premiers sont contractualisés et réglés

mentés par une convention collective alors que les seconds sont institutionnalisés (et donc éventuellement renouvelés) par le processus politique (Aglietta et Brender, 1984). Cependant, le plus important est de reconnaître que, dans les deux cas, les formes institutionnelles qui codifient les activités sociales respectives sont le produit des luttes sociales de pouvoir. Le mouvement ouvrier et les nouveaux mouvements sociaux doivent donc être au centre de l'analyse. Rien ne permet de penser qu'un type de rapport est plus institutionnalisé que l'autre, ni, comme le soutient A. Touraine, que les enjeux significatifs des sociétés capitalistes avancées se seraient déplacés du travail vers la consommation. Dans notre perspective, la crise indique soit l'incompatibilité entre les formes des rapports, soit les remises en question simultanées des règles du jeu de plusieurs rapports, en l'occurrence de travail et de consommation.

Qu'en est-il des organisations concrètes ? Elles gèrent les règles du jeu qui les concernent et les déterminent, c'est-à-dire les rapports de domination tels qu'ils sont institutionnalisés à une période donnée. Parce que les conflits ne sont pas disparus, les organisations continuent donc de subir les pressions des groupes sociaux qui veulent soit infléchir les règles du jeu à leur avantage, soit profiter des imprécisions pour renforcer leur position, soit préparer une modification éventuelle. En effet, c'est à ce niveau que les insatisfactions se manifestent, que les résistances ou déviations prennent la forme du pouvoir informel, que des négociations non prévues ou des arrangements réussissent ou non à contenir les conflits. C'est à ce niveau qu'apparaissent les modes de gestion plus ou moins autoritaire ou « participationniste » pour faire respecter les règles du jeu.

Lorsque les conflits ne peuvent être contenus ni par le mode de gestion ni par la forme institutionnelle, c'est-à-dire lorsque les organisations ne peuvent remplir leurs tâches selon les normes négociées et plus ou moins imposées, celles-ci deviennent à nouveau un enjeu et doivent être renouvelées.

Plus concrètement, les CLSC sont caractérisés par les formes respectives des rapports de travail et des rapports de consommation, et par les modes d'organisation élaborés pour gérer leur mise en oeuvre. Comme on le verra, ces diverses formes ont leur dynamique propre, elles mettent en scène appareils et usagers, et employeurs et syndicats. Ce sont les configurations de formes, leurs compatibilités ou divergences, qui donnent leur spécificité aux CLSC.



La création des CLSC et le compromis initial

Dans l'ensemble des pays capitalistes avancés, la fin des années 1960 ou le début des années 1970, selon le cas, marque le début d'une crise profonde aussi bien des rapports de travail que des rapports de consommation (Aglietta, 1986). Les CLSC apparaissent comme un effet de cette crise, c'est-à-dire qu'ils constituent une filière organisationnelle où de nouvelles formes de rapports de travail et de consommation sont expérimentées pour dépasser les

limites du « fordisme » et du « providentialisme ».

La crise du social

La période de croissance de l'après-guerre se caractérise par le « fordisme », entendu ici comme la forme des rapports sociaux de *travail*, en particulier comme le compromis dans les relations entre patronat et syndicat. Conformément à ce qui a été dit plus haut, tous les rapports sociaux ne sont pas réductibles à ce rapport de travail fordiste. Les pratiques de consommation sont aussi socialisées dans un rapport social spécifique, appelé ici « providentialisme » pour signifier un rapport de *consommation* dépendante entre la gestion étatique des services collectifs et des usagers passifs et individualisés.

Le compromis fordiste renvoie principalement à cette forme institutionnelle (matrice) que constitue la convention collective de l'après-*New Deal*. En vertu de celle-ci, les syndicats reconnaissent les droits de gérance du patronat en échange d'une progression continue des salaires réels (Boyer, 1986). Ce compromis laisse toute liberté aux gestionnaires quant aux méthodes de production et enlève les derniers obstacles à la généralisation du taylorisme. Conformément à cette forme d'organisation du travail, le rôle des salariés se limite à l'exécution de sorte que leur participation est plutôt faible. Devant l'absence de responsabilité et les agressions (accidents et dangers) subies sur les lieux de travail, des hausses de salaire sont proposées comme monnaie d'échange ou mieux comme équivalent général. Dès lors, si le capitalisme devient une machine à produire la croissance, le syndicalisme devient une machine à redistribuer les résultats de cette croissance (Offe, 1985).

Un modèle analogue s'est développé dans ce que l'on a appelé

le providentialisme. Sous la pression d'une coalition progressiste ou sociale-démocrate, l'État s'est vu attribuer, dans des proportions variables selon les pays, la responsabilité des services collectifs tels que les services sociaux et de santé. L'extension des rapports capitalistes à des sphères de plus en plus nombreuses de la vie privée (y compris l'extension des rapports marchands à la santé) a transformé les problèmes de la société capitaliste en demande de consommation de marchandises et de services. Ces demandes nouvelles se sont traduites par des demandes à l'État, car elles ont pris la forme du droit à des services pour tous, à l'égalité d'accès et à l'universalité des programmes. Cette « démocratisation » ne s'est pas faite sans le développement d'une industrialisation des services qui, par la bureaucratisation, la spécialisation et la hiérarchisation, a induit la dépendance, la déresponsabilisation et la consommation passive. En somme, le providentialisme s'accompagne d'un consumérisme : la coalition politique négocie en quelque sorte les services à consommer comme les syndicats négocient des augmentations de salaire.

Dans cette période de croissance où dominent le fordisme et le providentialisme, l'exclusion des salariés de l'organisation du travail et l'exclusion des consommateurs de l'organisation des services collectifs ont pour corollaire un mode de vie centré sur la consommation privée. Les luttes sociales qui remettent en question ces rapports de consommation et de travail constituent l'élément essentiel de la crise de la fin des années 1960. La compensation salariale ne réussit plus à contenir les frustrations liées à une organisation du travail où prédominent le morcellement des tâches et l'autoritarisme. L'absentéisme, le roulement de per-

sonnel et les grèves sont autant de signes de ce refus. De même, le providentialisme, en élargissant et en approfondissant les interventions de l'État sur le mode de la dépendance et de la soumission, a donné lieu à une nouvelle conflictualité sociale dont les *nouveaux mouvements sociaux* sont l'expression (Bélanger et Lévesque, 1987b). Ces mouvements contestent la consommation passive et la soumission imposées par les interventions de l'État et les services bureaucratisés. De demandeur d'État, le mouvement s'est transformé en critique des interventions de l'État.

Au Québec, cette double contestation s'est particulièrement concentrée dans le domaine de la santé et des services sociaux. D'une part, une organisation et une gestion du travail conformes à un modèle de soins centré sur l'hôpital et faisant appel à la spécialisation et à une forte intensité technologique sont de plus en plus remises en cause par les professions para-médicales ; certaines d'entre elles commencent à créer de nouveaux modèles d'intervention (médecine familiale, nursing communautaire, organisation communautaire). D'autre part, divers groupes de consommateurs expriment une critique virulente du modèle bio-médical et même de sa légitimité. Comme l'écrit Marc Renaud (1981), « certains scientifiques, des groupes populaires et certains milieux d'affaires expriment leurs désillusions par rapport à la médecine à dominante hospitalière et technologique » et trouvent « trop limitative la perception médicale des causes de la maladie et du bien-être physique et mental ». À ce mouvement culturel s'articule un mouvement social constitué de comités de citoyens et de divers groupes populaires qui soulignent la liaison entre les indices de santé et les indices socio-économiques (emploi, pauvreté,

54 culture, etc.) et qui soutiennent la nécessité d'élargir le concept de santé.

L'issue de ces remises en question des rapports de travail et des rapports de consommation n'a pas été univoque : les alliances ont été déterminantes. D'un côté, une vaste réorganisation a entraîné l'émergence d'un modèle dominant, qui d'ailleurs vient de faire l'objet d'une importante évaluation critique (Commission d'enquête, 1988).

Mais la crise des formes institutionnelles prit aussi une autre voie lorsque les contestataires de la division du travail et du modèle bio-médical dominant purent réaliser des alliances. Ainsi, les cliniques populaires mises sur pied par des citoyens-usagers et des professionnels de la santé et des services sociaux ont créé tout un ensemble de pratiques nouvelles directement issues des contestations et guidées par l'idée de médecine globale et préventive : déprofessionnalisation par des équipes multidisciplinaires, approche sociale et communautaire, co-gestion par des travailleurs et usagers. L'effet d'ensemble de ces pressions se consolida par la création des CLSC. Devant l'impossibilité de remettre en question l'ensemble du système de santé, la Commission Castonguay (1972) recommanda la création des CLSC, filière organisationnelle qui permettait de satisfaire dans un

lieu spécifique les exigences nouvelles manifestées par la crise du travail et du mode de consommation. Dans ce sens, les CLSC sont bel et bien un effet, dans le domaine de la santé et des services sociaux, de la crise plus générale qui a secoué l'ensemble de la société. Nous allons maintenant analyser la forme initiale des CLSC puis ses transformations.

Le compromis initial

De 1973 à 1977 (et même au-delà dans certains cas), l'implantation des CLSC s'est faite sous la responsabilité de représentants locaux du milieu qui définissaient les orientations et le fonctionnement des nouveaux organismes et qui contrôlaient la sélection et la nomination du personnel. Le ministère responsable accordait des subventions de démarrage, fournissait un personnel conseil et exerçait un contrôle par la loi qui créait les CLSC et par les budgets qu'il accordait. Cette forme organisationnelle reposait sur une large participation de la population locale (qui obtenait « son » CLSC), sur l'importance de l'action communautaire chargée de créer ou de maintenir un rapport dynamique entre le CLSC et la « communauté », et sur une alliance entre direction et employé-e-s autour de l'idéal communautaire et participatif.

Dans leur phase initiale de développement, les CLSC sont déterminés par des modes de régulation fort différents du forisme et du providentialisme. Les CLSC, rappelons-le, sont le résultat d'un compromis entre plusieurs forces sociales. En simplifiant, disons que les CLSC constituent un espace entre l'autonomie des cliniques contrôlées par les groupes populaires et les institutions traditionnelles formées pour répondre à la demande d'interventions de l'État. La première caractéristique de ce compromis est l'*autonomie*

locale accordée au CLSC, comme le montrent bien le processus d'implantation et la composition et le pouvoir du conseil d'administration.

Ainsi, puisque la demande de création d'un CLSC provenait de pressions du milieu et d'une demande d'autonomie locale, le comité d'implantation n'était pas formé de fonctionnaires, mais d'usagers et de professionnels élus par la population. Aidé d'un animateur-analyste, le comité était chargé d'une analyse systématique des besoins du milieu et de la négociation avec le ministère des services à offrir et des ressources nécessaires. Il lui revenait également d'engager un directeur général et de former la première équipe de travail. L'accent était mis sur la participation populaire : la population locale ne demande pas des services, mais explore les besoins de la « communauté » et négocie avec le ministère. Le conseil d'administration était directement issu de cette dynamique : les usagers et les professionnels ayant contribué à la création du CLSC s'y retrouvent comme représentants de leurs groupes respectifs. Cette convergence conflictuelle, qui constitue un véritable compromis local, s'institutionnalise dans des formes organisationnelles bien particulières, dans des plans d'organisation, des ententes et une programmation locales.

Le compromis socio-politique

La participation des salariés ne se limite pas au conseil d'administration. En dépit des lois et règlements sur la direction du CLSC, les plans internes d'organisation prévoient le plus souvent la formation d'un comité de coordination qui, formé de la direction et de représentants du personnel, assume la responsabilité de l'organisation du travail en général. Une forte volonté de remise en cause du modèle traditionnel (le for-

disme) élimine la notion et la réalité des droits de gérance, de sorte que les fonctions de direction et d'encadrement sont assumées par ce comité qui matérialise diverses modalités de cogestion³.

Dans la même foulée, l'organisation du travail se caractérise par la formation d'équipes multidisciplinaires autonomes et polyvalentes qui planifient, exécutent et évaluent les programmes (y compris le personnel). Dans ces équipes, l'accent est mis sur la déhiérarchisation et la déprofessionnalisation. À partir de l'échange d'informations entre les diverses catégories de travailleurs et dans le contexte de la multidisciplinarité, le fonctionnement en équipe permet l'enrichissement de certaines tâches comme celle des auxiliaires communautaires, qui deviennent des travailleurs de quartier.

Ces formes organisationnelles (comité de coordination, équipes multidisciplinaires, définition de postes) étaient codifiées dans des ententes locales qui constituaient de mini-conventions locales et qui amendaient en un sens la loi sur les CLSC. Certaines ententes ont survécu, comme nous le verrons, à la syndicalisation. Ces ententes signées par la direction et les salariés de même que les plans d'organisation adoptés par le CA (conseil d'administration) entendaient consacrer la spécificité des CLSC, qui s'était développée en relation étroite avec les particularités du milieu social d'implantation.

Les rapports socio-communautaires

À cette forme de rapports de travail correspondent des rapports de consommation tout aussi originaux. Il s'agit de rapports socio-communautaires qui entraînent la participation active des usagers à l'orientation générale du CLSC et qui se démarquent clairement de la consommation passive et indivi-

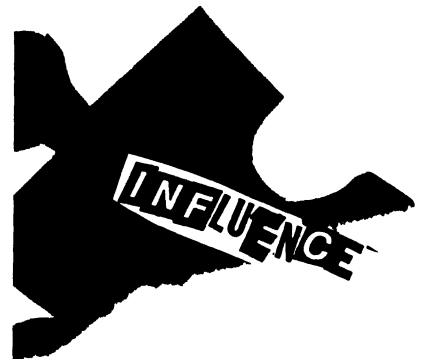
dualisée mise de l'avant par le providentialisme. Cette participation se réalise d'abord au niveau politique, par la représentation des usagers au CA, mais aussi par une philosophie et des pratiques nouvelles dans le domaine socio-sanitaire.

En premier lieu, le CLSC élargit l'accessibilité par le rôle qu'il entend jouer dans des quartiers spécifiques et en priorité dans des quartiers défavorisés. Il vise à briser les obstacles structurels qui maintenaient l'inégalité, telles l'absence de services dans ces quartiers, la résistance de certaines pratiques, l'étrangeté culturelle des organisations, etc. Pour remédier à cette situation, le CLSC se présente comme un centre communautaire appartenant à la communauté où le citoyen peut se sentir à l'aise. Le CLSC ne cherche pas seulement à éduquer les pauvres et à changer leurs perceptions, il expérimente de nouvelles organisations plus proches culturellement et géographiquement de la « communauté » locale.

En deuxième lieu, même si, après qu'on eut identifié les besoins de la « communauté », les services étaient organisés selon les populations cibles (personnes âgées, jeunes, etc.), les interventions s'orientaient dans deux directions opposées au « providentialisme ». D'une part, pour éviter la dépendance excessive vis-à-vis des professionnels, les interventions privilégiaient la transmission des connaissances et des habiletés par l'éducation et l'information. D'autre part, parce que l'on veut éviter la centralisation des actions autour de la seule « responsabilisation » individuelle, les interventions prennent également en charge le contexte environnemental sur lequel les citoyens en tant qu'individus n'ont aucune prise. Ainsi, l'organisation communautaire crée des groupes d'entraide et intervient plus largement dans

des domaines aussi divers que le logement, la sécurité au travail et l'emploi. Enfin, ce nouveau rapport se traduit aussi au plan organisationnel par la mise sur pied de divers comités où les usagers sont associés à la gestion du CLSC et à la distribution et à l'évaluation des services.

L'originalité des CLSC résulte donc du renouvellement simultané des rapports de travail et de consommation, et de la conjonction des formes institutionnelles qui les matérialisent. Ces transformations n'ont pu se réaliser que dans la mesure où s'est tissée au niveau local une triple « alliance » entre direction, salariés et usagers. On peut conclure pour le moment que cette convergence conflictuelle, issue directement de la crise plus générale du fordisme (des rapports de travail) et du providentialisme (des rapports de consommation), a produit une capacité de mobilisation qui ne trouvera d'équivalent que dans l'aptitude à produire des tensions et des conflits générateurs de nouvelles règles du jeu.



La normalisation des CLSC

Après une période (1972-1975) qui leur était favorable, les CLSC sont remis en cause par le ministère des Affaires sociales (MAS), comme en témoignent les moratoires (1976-1980) sur le développement du réseau (Parentaux, 1986 : 38). De plus, les rapports socio-politiques de travail

56

sont remplacés par des *rapports quasi fordistes* et les rapports socio-communautaires de consommation par des *rapports catégoriels*⁴. Avant de caractériser ces nouveaux rapports, nous tenterons de montrer que la normalisation des CLSC n'est pas le produit de la seule intervention de l'État et de ses technocrates, mais qu'elle est principalement le résultat de nouveaux compromis auxquels les travailleurs et les usagers sont associés. C'est en ce sens que nous employons le terme normalisation plutôt que celui d'échec pour caractériser ces transformations⁵.

L'éclatement du compromis initial

Les analyses sociologiques les plus systématiques (Lesemann, 1981 ; Godbout, 1983 ; M. Renaud, 1981 ; G. Renaud, 1978) ont bien montré comment les alliances qui ont permis l'émergence des CLSC se sont défaites. Ainsi, l'alliance entre profession médicale, bourgeoisie et technocratie gouvernementale s'est reconstituée à la faveur de l'affaiblissement du mouvement populaire et de ses divisions internes, et du repli défensif du mouvement syndical à la suite des coupures budgétaires consécutives à l'approfondissement de la crise économique et fiscale. En même temps, la publicisation des conflits à l'intérieur des CLSC pousse l'État à faire un bilan

de ces premières expériences (Champoux et autres, 1975) et à proposer des réformes (M. Roy, 1987).

Si l'analyse des rapports de force est relativement correcte, les conclusions qu'on en tire prêtent cependant à plusieurs confusions. En premier lieu, les CLSC sont caractérisés par l'échec sans que soient précisés les principaux éléments du nouveau modèle. En deuxième lieu, l'analyse fait habituellement le saut entre le rapport de force et les organisations concrètes sans examiner les formes institutionnelles qui régissent ces organisations. Enfin, les chercheurs ne font pas la distinction entre les deux ensembles de règles ou de normes qu'on retrouve dans les CLSC, celles qui régissent la production des services (les rapports de travail) et celles qui régissent la consommation de ces services (les rapports de consommation).

Les forces sociales qui remettent en cause le compromis initial ne viennent pas exclusivement de l'extérieur, puisque les luttes et tensions qui traversent la société québécoise sont aussi présentes au niveau local. À ce niveau, l'éclatement du compromis initial se manifeste généralement par la démission des représentants des usagers et du milieu. Comme la triple « alliance » s'est tissée à l'échelle locale, son éclatement ne se produit pas en même temps dans tous les CLSC. Ainsi, l'intervention de l'État se fait cas par cas (si l'on excepte ceux qui rentrent d'eux-mêmes dans le rang) et toujours dans le même sens, celui du renforcement de la ligne hiérarchique ministère-direction générale et de l'affirmation non équivoque des droits de gérance de la direction. Mais, si l'État fait disparaître les formes institutionnelles qui caractérisaient le compromis initial, il faut bien voir que d'autres forces sociales, en l'occurrence les syndi-

cats et les usagers, ne sont pas sans influence.

Du point de vue des rapports de travail, les tutelles et les comités ministériels d'enquête conduisent à la disparition des comités de coordination et des ententes locales. Ces changements coïncident avec l'arrivée d'une nouvelle génération de dirigeants plus férus de gestion que d'animation sociale et plus soucieux des rapports avec le ministère que des relations avec la population. La syndicalisation contribue également à l'éclatement du compromis socio-politique, à l'uniformisation et à la centralisation des négociations (et donc à la disparition des ententes locales). Alors que la Fédération des CLSC craignait que les directions locales fassent des concessions pouvant avoir des effets d'entraînement, la partie syndicale, en l'occurrence la Fédération des Affaires sociales de la Confédération des syndicats nationaux (FAS-CSN), doutait de la capacité de certains syndicats locaux de résister aux demandes des directions locales. Les deux parties se situaient dans un cadre autre que celui du compromis initial.

Malgré des luttes juridiques et politiques menées entre 1976 et 1981 pour le maintien des ententes locales, les syndicats locaux choisissaient ou étaient réduits à choisir la seule défense des acquis liés aux conditions de travail, soit les classifications, les échelles, etc. La signification de ces ententes en termes de services et de rapports à la communauté a été complètement escamotée. En témoigne éloquentement cet extrait d'une lettre d'un officier du syndicat des travailleurs du CLSC Hochelaga-Maisonneuve :

Comme pour l'ensemble de la classe ouvrière, pour nous, un droit acquis est acquis et doit le demeurer tant et aussi longtemps qu'il n'est pas amélioré pour les travailleurs-producteurs de services et les travailleurs-

usagers. Et cela indépendamment de la batterie de pression légale, physique et morale dont dispose, dans notre cas, notre employeur-législateur ou ses représentants. C'est ainsi que la classe ouvrière a amélioré ses conditions de travail et de vie et continuera à le faire. Et nous croyons faire partie de la classe ouvrière.

De même, le bilan que les travailleurs et travailleuses du CLSC Mille-Îles établissent en 1978 de la grève de seize mois qu'ils ont faite pour maintenir les ententes locales révèle que la lutte a porté essentiellement sur la défense des acquis, sans référence à la cogestion et au rapport au milieu.

La radicalisation dans le sens d'un syndicalisme de classes et surtout le marxisme-léninisme contribuent à l'éclatement de l'alliance politique qui permettait la cogestion. Selon l'expression du Manifeste de la FTQ (Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec), « l'État était un rouage de l'exploitation » et les CLSC étaient partie prenante du réseau étatique. Dès lors, comme l'expliquait en 1979 une infirmière du CLSC Basse-ville, à Québec, la complicité des travailleurs et travailleuses avec la direction et les représentants des usagers est nulle : le « conseil d'administration devient péjorativement ton boss » et « ceux pour qui tu voulais faire la réforme deviennent tes ennemis » (Table ronde, 1979).

Dans certains CLSC, l'éclatement du compromis socio-politique et l'intervention normalisatrice de l'État se sont faits plus tardivement. Ainsi, au CLSC Huntingdon, il faut attendre la démission des représentants du milieu, à l'été 1981, pour que le MAS impose une tutelle à une institution où prévalait un régime de cogestion proche de l'autogestion. Au CLSC de Berthier, la crise n'éclate qu'en 1982. Bien que fondé en 1980, ce CLSC avait connu à la fois l'expérience d'un comité de coordination et une forte participation des usagers à des comités locaux. Ce cas révèle

que la triple « alliance » se forme assez facilement là où le milieu est relativement homogène et là où l'implantation est précédée d'une forte participation de la population et d'une animation sociale (Bélanger et Lévesque, 1986).

L'éclatement du compromis initial touche aussi les rapports socio-communautaires de consommation. On peut faire l'hypothèse que le rapport socio-communautaire n'aurait pas été possible sans le compromis socio-politique et vice-versa, car si les salariés ont largement contribué à susciter la participation active des citoyens, l'appui des usagers a été indispensable à la mise en place des modalités de gestion et d'organisation du travail que nous avons décrites. Aussi, les tutelles paralysent l'intervention des usagers pour des périodes relativement longues, alors que les comités d'enquête recommandent habituellement de mettre fin aux comités consultatifs non prévus par la loi.

Par ailleurs, on peut identifier des conflits spécifiques aux rapports socio-communautaires de consommation. Ceux-ci ne se réduisent pas à l'opposition des permanents et des usagers sur la question de la prévention et des soins curatifs puisque ces tendances traversent les deux groupes : certains groupes sociaux réclament le soutien d'organismes communautaires pour assurer leur autonomie alors que certains professionnels de la santé sont plus préoccupés par le curatif que par le préventif. Cependant, la programmation locale dans son ensemble contribue à la division de la communauté locale. En effet, à l'origine même de chacun des CLSC, les programmes locaux ont été élaborés à partir de populations cibles comme les personnes âgées, les femmes chefs de famille, etc. Or, en se constituant en groupes sociaux, ces catégories révèlent l'hétérogénéité de la com-

munauté locale. De plus, la professionnalisation de l'action communautaire fait surgir de nouvelles revendications et fait apparaître de nouveaux pouvoirs qui menacent le contrôle quasi total de l'élite traditionnelle sur les associations charitables.

En somme, l'État n'intervient dans un CLSC donné que lorsque la triple alliance est rompue et la communauté elle-même divisée. Les conflits qui se multiplient alors révèlent bien l'incapacité des formes structurelles issues du compromis initial de réguler les conflits. Par ailleurs, les nouvelles demandes qui émergent au plan du travail autant que de la consommation et qui sont insatisfaites appellent de nouveaux compromis sociaux, de sorte que la normalisation des CLSC n'est pas le fait de la seule régulation technicienne de l'État.

Des rapports quasi fordistes de travail

Avec la syndicalisation des salariés des CLSC, leur affiliation à la FAS-CSN et la signature d'une convention collective nationale se met en place une forme structurelle qui relève d'un compromis salarial fordiste. Si nous employons le terme fordiste pour caractériser les rapports de travail dans les CLSC, c'est par analogie puisque, en vertu de la loi constitutive de ces institutions, les salariés conservent leurs représentants au conseil d'administration. Ils sont cependant de plus en plus nombreux à refuser d'exercer ce droit, considérant que le conseil d'administration est davantage un relais du ministère qu'un lieu de décision. Il est certain que, par la convention collective nationale, l'État affermit son emprise sur les CLSC malgré leur statut juridique autonome et affermit du même coup le pouvoir des directions locales sur la gestion des CLSC. En effet, le nouveau compromis sala-

58

rial n'est pas défini par les rapports entre salariés et direction locale, mais par les rapports entre État (comité national de négociation) et FAS-CSN. Ces rapports sont gérés au niveau local sur le mode du grief, sans qu'il y ait véritablement pouvoir de négociation. Le passage des ententes locales à la convention collective nationale introduit un autre rapport salarial, de nouveaux acteurs (MAS, Fédération des CLSC, FAS), de nouvelles demandes et de nouveaux compromis.

Dans le cadre de ce compromis, il allait en quelque sorte de soi que la première convention collective signée en 1976 ne reconnaisse pas les ententes locales. En effet, cette première convention nationale a été négociée conformément au cadre légal de négociation du secteur des Affaires sociales défini par la loi de 1974 (C.8 L.Q. 1974). Cette loi, qui est elle-même le résultat d'un compromis entre les parties, prévoit que seules les parties nationales sont habilitées à négocier et que, à la différence du secteur de l'Éducation, le champ des Affaires sociales doit tendre à l'établissement de conditions générales de travail uniformes dans tout le Québec. Dès lors, les ententes locales que les parties locales peuvent conclure sont limitées à des points prévus à l'avance par la convention collective nationale. Or ces points sont pour le moins margi-

naux (citons le tableau d'affichage à des fins syndicales). Loin de remettre en cause l'uniformisation des conditions de la pratique professionnelle, ces points laissés à la négociation locale y participent puisque les parties (syndicales et patronales) prévoient jusque dans les moindres détails les arrangements à négocier.

Dans un tel contexte de négociation centralisée, l'établissement hospitalier s'impose comme locomotive institutionnelle dans le domaine socio-sanitaire. En raison de son poids historique et numérique, il fournit les termes de référence (salaires et conditions de travail) que l'ensemble des établissements du réseau doit accepter ou dont il doit s'inspirer. Cette logique « hospitalo-centrique » a interdit jusqu'ici l'autonomisation partielle des établissements selon leur vocation propre. Une analyse longitudinale des conventions collectives pour la période 1976 à 1985 (le décret de 1982 n'apporte pas de modifications substantielles sur ce point) montre que les paragraphes spécifiques aux CLSC introduisent le plus souvent des dérogations mineures au contenu de la convention de base du réseau.

Le « modèle hospitalier » illustre bien une forme structurelle d'organisation du travail qui, dans les services sociaux et de santé, se rapproche singulièrement du rapport salarial fordiste expérimenté dans l'industrie. Alors que les CLSC vivaient à l'heure du compromis socio-politique, le secteur hospitalier trouvait une source de régulation de ses rapports de travail dans le compromis salarial fordiste. Ce compromis ouvrait la porte à une organisation du travail inspirée du taylorisme.

Par ailleurs, plusieurs stipulations de la convention collective des CLSC permettent une grande souplesse à la direction pour adapter les ressources aux exi-

gences de la demande sociale, comme si, en échange de la sécurité d'emploi et de la progression des salaires, les salariés avaient accepté la polyvalence et la flexibilité des tâches. En effet, même s'il doit respecter la quarantaine de titres d'emploi prévus à la convention, l'employeur peut fusionner deux titres d'emploi si les tâches à accomplir ne correspondent pas en totalité à un seul titre d'emploi. De même, la convention permet une certaine flexibilité pour les postes à pourvoir et les affectations : l'employeur peut abolir un poste pour réorganiser les services ou les remplacer en créant un poste comportant de nouvelles exigences de qualification ; en plus, les attributions relevant d'un poste peuvent varier pourvu qu'elles se situent à l'intérieur d'une unité par ailleurs définie très largement (module, programme ou service). Et si l'unité de travail n'est pas suffisamment large, la direction peut procéder à des réaménagements organisationnels, car aucune stabilité de l'équipe, du programme ou du service n'est prévue à la convention.

Cependant, cette souplesse de la convention dans l'organisation du travail et l'affectation des salariés associée à l'exclusivité des droits de gérance peut donner lieu à une très grande rigidité : tout dépend du mode de gestion et des rapports locaux de travail (Bélanger et Lévesque, 1987a). En effet, là où la direction locale revendique la totalité des droits et des pouvoirs que lui reconnaît la convention et adopte un mode de gestion autoritaire, change sans consultation l'organigramme, la composition des unités de travail, la définition des postes, etc., des signes évidents de tensions, de conflits et d'insatisfaction se manifestent : les griefs se multiplient, les communications sont rompues, l'imprévisibilité des tâches entraîne un repli sur une stricte observance

des règles, l'absentéisme est élevé, les luttes occultes de pouvoir se développent. L'efficacité même du CLSC est compromise ou du moins considérablement réduite.

L'efficacité peut également être réduite si le syndicat local s'en tient lui aussi au rôle prévu pour lui dans la convention collective (défense de l'emploi et de la rémunération) et évacue la demande de participation et la préoccupation envers les besoins du milieu. Combinée à une gestion autoritaire, une pratique syndicale de ce type conduit à un repli sur la carrière individuelle et sur la défense des intérêts professionnels qui amplifie l'hétérogénéité du collectif de travail. Témoignent apparemment de cette tendance l'éclatement de plusieurs syndicats CSN et la multiplication des syndicats d'infirmières, de même que les efforts déployés par l'association des auxiliaires familiales pour se faire reconnaître comme corporation professionnelle.

En somme, le compromis social matérialisé dans la convention collective se révèle rigide. En effet, la coupure entre direction et travail qu'il suppose et les pouvoirs étendus qu'il accorde à la direction laissent la voie ouverte à un mode de gestion autoritaire et à une pratique du syndicalisme orientée vers le corporatisme, c'est-à-dire vers la défense de la rémunération et des conditions de travail sans aucune prise en considération des préoccupations du milieu.

Il existe heureusement des CLSC, comme nous avons pu l'observer, qui dépassent ce cadre rigide et qui permettent une forte participation des employés. Parce qu'ils considèrent que la convention collective ne permet pas de satisfaire adéquatement les demandes du milieu si elle est appliquée à la lettre, certaines directions locales et certains syndicats s'entendent pour faire des arran-

gements locaux. Des mécanismes de consultation et de participation négociés sont ainsi mis en place. Ces expériences qui éliminent beaucoup de tensions et d'insatisfaction ne préfigurent-elles pas la forme que devraient prendre les rapports de travail dans les CLSC ?

Des rapports catégoriels de consommation

À première vue, la programmation des CLSC se caractérise par une stabilité relativement grande. En effet, la plupart des grands programmes multidisciplinaires (santé maternelle, personnes âgées, santé au travail, planning familial, etc.) ont été mis sur pied dès le début des CLSC. Cependant, un examen attentif laisse voir une différence de nature entre la programmation des premières années et celle qui a maintenant cours : l'une relève de la dynamique CLSC-population, l'autre est définie au niveau national (et donc à l'extérieur du CLSC), dans le cadre des rapports catégoriels de consommation.

Pour bien comprendre comment, à partir de la fin des années 1970, se mettent en place des rapports catégoriels de consommation, il est nécessaire de montrer comment certaines catégories sociales, qui n'étaient jusque-là que des catégories abstraites découpées par la statistique, se transforment en acteurs sociaux. D'une part, la programmation locale élaborée à partir de l'identification de populations cibles contribue à donner une visibilité et une autonomie à ces catégories ; c'est l'effet par exemple de la mise sur pied de clubs de l'âge d'or et de maisons de femmes. D'autre part, l'appareil étatique, qui détermine la place et les modalités d'insertion de ces catégories à travers les paiements de transfert, encourage jusqu'à un certain point leur regroupement au sein d'associations nationales par sa politique envers

les associations reconnues. Loin d'empêcher toute demande d'autonomie, cette politique de « participation dépendante » (Maheu, 1983) crée des conditions favorisant la montée de revendications de bien-être fondées sur la citoyenneté (Breton, Létourneau et Levasseur, 1987). C'est ainsi que se constituent de nouveaux rapports de consommation qui mettent en relation et opposent tout à la fois l'État (technocrates) et catégories cibles.

Ces nouveaux rapports qui déterminent désormais les besoins et services en lieu et place du rapport CLSC-communauté se matérialisent dans des programmes nationaux. Dans cette perspective, la « succursalisation » des CLSC et leur transformation en lieu de sous-traitance résultent moins d'un mouvement de centralisation étatique que de la mise en place d'un autre mécanisme de participation et de consultation. Autrement dit, à l'exception de quelques programmes locaux, la programmation administrée actuellement par les CLSC résulte de « négociations » entre le MAS (devenu le ministère de la Santé et des Services sociaux) et les groupes sociaux concernés (personnes âgées, handicapés, etc.). Il est sans doute exagéré d'évoquer la négociation comme telle, car les rapports entre les parties ne sont pas aussi formalisés que les rapports de travail et les « moyens de pressions » sont de l'ordre des mémoires, des colloques, des déclarations et quelquefois des manifestations réunissant le plus souvent des professionnels, des catégories sociales concernées et parfois le mouvement syndical. Il n'en demeure pas moins que, malgré l'inégalité des forces en présence, l'on doit parler d'un véritable rapport social constitué de demandes sociales et de propositions opposées dont le résultat s'exprime dans un compromis : la

60

programmation, c'est-à-dire une définition particulière des besoins, des critères d'admission, des objectifs, des services, etc. C'est ce que nous tenterons maintenant d'illustrer.

Le programme de santé au travail

Le programme de santé au travail que la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) fait réaliser dans les CLSC est sûrement atypique à l'heure actuelle, mais il représente une tendance lourde qui risque de s'imposer comme modèle. Dès le départ (au milieu des années 1970), plusieurs CLSC avaient élaboré des programmes de santé en milieu de travail, acquis un savoir-faire correspondant aux problèmes de leur milieu, offert des services aux accidentés ou un soutien au retrait préventif, mis l'accent sur l'information et la prise en charge, soutenu des groupes de travailleurs dans la prévention, etc. En somme, les relations avec le milieu « coloraient » les activités et la démarche des programmes locaux de santé en milieu de travail.

Au début des années 1980, la dynamique se déplace vers les associations syndicales et patronales. Un vaste programme de santé et de sécurité au travail est élaboré par la CSST, qui spécifie les établissements prioritaires, diversifie les instances d'intervention selon les objectifs (formation, prévention, etc.) et établit des

procédures et des règles extrêmement précises. Une partie de ce programme, la surveillance médicale dans les établissements, est accordée en sous-traitance aux CLSC via les départements de santé communautaire (DSC). Ce programme de santé que le CLSC doit réaliser est le résultat d'une dynamique conflictuelle entre les syndicats et le patronat, se déroulant sous l'égide de l'État. Cette dynamique reposait précisément sur les demandes des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail d'une part, et sur les modes de gestion de ces problèmes imposés par le patronat d'autre part. Les besoins ont donc été exprimés au niveau sociétal par une « catégorie » particulière de la population (représentée par ses associations syndicales) et directement auprès du patronat. C'est entre ces acteurs que l'évaluation des besoins et les modalités de leur gestion ont été négociées. L'État a imposé en quelque sorte un compromis sous la forme institutionnelle que l'on connaît. Les diverses mesures qui en découlaient incluaient les programmes de santé comme mode de relation entre les utilisateurs et l'agence responsable du service.

La réalisation de ce programme de santé a donc été accordée en sous-traitance aux CLSC, mais avec des spécifications à ce point précises quant aux objectifs, aux façons de faire, au personnel ressource, aux calendriers, etc., que les CLSC n'ont aucune autonomie dans la gestion du programme et aucun droit de regard sur les pratiques professionnelles de l'équipe. Leur autorité sur ce programme se limite à la surveillance du respect des règles du contrat. Il s'agit bien sûr d'un cas extrême où les rapports catégoriels de consommation des soins de santé se traduisent par une réglementation rigide. De même, le concept de catégorie ci-

ble (par opposition à la communauté) est lui aussi poussé à sa limite, car il arrive que les travailleurs-usagers n'habitent même pas le territoire desservi par le CLSC, ce qui introduit quelques contradictions dans son économie générale : impossibilité de mettre en pratique la complémentarité entre les divers programmes, absence de participation de ces usagers aux élections entraînant leur non-représentation au conseil d'administration, impossibilité de s'adapter à une demande qui s'adresse à l'interlocuteur central, en l'occurrence la CSST.

Le maintien à domicile (MAD)

Le MAD est sans doute le programme le plus représentatif des CLSC ; c'est le plus ancien, le plus connu et le plus important en termes de ressources concentrées. Avant de devenir programme national, le MAD constituait un programme local et une sorte de « mini-CLSC » en lui-même. Il s'adressait non seulement aux personnes âgées, mais aussi aux familles et personnes en difficulté. Comme il était défini par le rapport CLSC-communauté locale, il pouvait varier considérablement d'une institution à l'autre.

À partir de 1979, le MAD devient un programme national dont les objectifs et le mandat résultent d'un compromis entre les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie, d'une part, et le MAS et les technocrates d'autre part. C'est à travers des associations comme le Forum des personnes âgées et la Fédération des clubs de l'âge d'or que les premières formulèrent une demande de maintien à domicile (incluant donc des services connexes comme le transport) de manière à contrer la dépendance institutionnelle et à améliorer leur qualité de vie. Pour les technocrates et le MAS, les services à domicile

s'imposaient pour réduire les coûts d'hospitalisation et permettre une utilisation optimale des ressources spécialisées telles que le centre hospitalier et le centre d'hébergement. Pour satisfaire les objectifs d'amélioration de la qualité de vie, on confie le programme en exclusivité aux CLSC, en raison de leur approche et de leur capacité de mobiliser les ressources communautaires. Mais, conformément aux objectifs de réduction des coûts, on limite le programme à des services à domicile sans ajouter les services nouveaux qu'exigerait une véritable politique de maintien à domicile.

Si l'on excepte le programme de santé et sécurité au travail, le MAD est devenu le programme dont le mandat est le plus explicite : les clientèles sont clairement identifiées, les conditions d'admissibilité définies avec précision, les ressources à employer fixées et le budget protégé. De plus, le ministère a confié aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) la responsabilité de coordonner les services. La plupart des directeurs généraux que nous avons interviewés ont reconnu que leur autonomie, dans le cadre de ce programme, se réduisait à un rôle d'exécutant.

De plus, la politique inaugurée en 1977 a réduit en un sens la diversité des clientèles (la priorité va maintenant aux personnes âgées) et la diversité des ressources, puisque le budget protégé couvre seulement les frais liés aux infirmières et aux auxiliaires familiales (J. Roy, 1986, t. I : 23 et 27). Enfin, comme le budget du MAD n'a pas augmenté sensiblement au cours des dernières années alors que la demande a connu une forte croissance, les pratiques professionnelles et les services se sont transformés considérablement au point de s'apparenter de plus en plus à un programme d'hospitalisation à domicile.

Une étude des services offerts à travers le réseau révèle cependant une certaine diversité, provenant pour une bonne part de choix politiques locaux rendus possibles par des disponibilités budgétaires. Comme tous les CLSC font un déficit avec ce programme, ils y injectent des sommes prises à d'autres programmes ou constituées à partir d'économies sur les salaires (grâce aux postes vacants par exemple). De plus, ils y affectent des ressources allouées à d'autres programmes, comme des organisateurs qui forment des groupes d'entraide ou de bénévoles, ou des ressources professionnelles non prévues au programme. En somme, si tous les programmes avaient un budget protégé, il serait impossible de réaliser le mandat que représente le MAD, car les administrations ne pourraient plus combler le déficit qu'il entraîne.

Depuis 1977, les CLSC ont reçu plusieurs nouveaux mandats nationaux (santé maternelle et scolaire, planning familial, santé mentale, cas lourds, etc.) sans que les budgets correspondants leur aient été alloués. Il semble bien que ce soient les programmes locaux qui subissent les effets de ces transferts. Dans ce contexte, les programmes locaux, qui représentent jusqu'à 25 % du budget des anciens CLSC et moins de 5 % de celui des nouveaux, sont-ils de simples survivances qui auraient échappé à la dynamique du rapport catégoriel national ? Oui, si l'on considère que plusieurs de ces programmes se présentent comme un complément ou un ajout aux programmes nationaux, comme nous venons de le voir. Non, si l'on considère que certains de ces programmes obéissent à une logique locale, ce qui indique bien leur diversité dans le temps et dans l'espace (J. Roy, 1986). Une analyse historique d'ensemble montrerait probablement que ces

programmes locaux se concentrent d'abord sur les problèmes d'habitation et de logement, puis sur le travail et la condition féminine, et enfin sur le développement économique et la création d'emplois. La diversité régionale des problèmes abordés exprime bien aussi cette capacité d'adaptation au milieu : pollution-environnement autour des lacs, maladies cardio-vasculaires en banlieue, coopératives d'habitation pour les sans-abri des quartiers centraux et ainsi de suite.

Par rapport à la programmation, les CLSC se présentent donc sous une forme dualiste : il y a coexistence de programmes nationaux régis par des règles de plus en plus précises et de programmes locaux qui correspondent dentdentdent à l'évolution socio-économique et aux différences régionales. La tendance lourde est représentée par les programmes nationaux, mais elle montre ses limites : d'une part, des initiatives locales complémentaires apparaissent dans les mêmes champs, d'autre part, la diversité des problèmes régionaux interdit toute uniformisation des programmes. Si les rapports catégoriels devaient devenir exclusifs, les rapports individuels de consommation, qui étaient en quelque sorte collectivisés par les initiatives locales (ex. le cas des victimes de violence), redeviendraient prédominants et susciteraient un accroissement des services sociaux et des services médicaux. De plus, si la capacité de prendre des initiatives locales disparaissait, tous les groupes sociaux qui ne réussissent pas à établir cette forme de rapport catégoriel avec l'État seraient laissés pour compte, car les besoins et les demandes sont aussi nombreux et variés que ces groupes : immigrés, sans-abri, personnes tentées par le suicide, sans-emploi, couples ayant des problèmes de relations conjugales,

62

etc. La prédominance du rapport catégoriel pourrait ainsi ouvrir la porte à une sorte de « corporatisme » des usagers (chacun pour soi).

Enfin, on peut aussi faire l'hypothèse que la prédominance des rapports catégoriels susciterait davantage encore d'« alternatives » communautaires (celles-ci se sont multipliées entre 1977 et 1986⁶). En effet, le mouvement alternatif et communautaire de désinstitutionnalisation et de réappropriation prendra de plus en plus d'importance à mesure que les programmes seront centralisés sous l'effet des rapports État-catégories sociales. Si ce mouvement s'accroît, il conduira au dualisme entre les services publics et les solutions de rechange disponibles aux groupes les plus démunis et les moins bien organisés de la population. Cette situation pourrait renforcer ce que certains appellent déjà le « corporatisme des usagers ».

Conclusion

1. Dans la gestion du social, l'État n'est pas neutre. Il n'est pas non plus un instrument dont disposeraient à leur guise les technocrates et la bourgeoisie pour déterminer les modes de vie ou encore le cadre des relations de travail. La réalité est apparemment plus complexe. Les modes de gestion du social résultent de la dynamique des rapports sociaux. Plus précisément, l'État intervient selon le

mode du « compromis institutionnalisé », c'est-à-dire par la mise en place de formes d'organisation, et il crée des règles, des droits et des obligations pour les parties prenantes. Il intervient ainsi sans doute parce qu'il existe des tensions et conflits entre groupes sociaux et groupes socio-économiques, mais surtout parce que la domination, dans les rapports sociaux, ne signifie pas la capacité d'imposer ses intérêts particuliers sans partage. Le rapport est forcément inégal et, à la limite, l'État peut toujours intervenir sur un mode autoritaire et même faire appel à la force, mais dans ce cas il ne peut espérer la participation de la partie dominée. Enfin, si l'État apparaît comme régulateur parce qu'il a pour fonction d'institutionnaliser les conflits, il ne faut pas oublier que la forme même de l'État résulte de compromis sociaux, ce qui lui confère en un sens sa légitimité.

2. L'originalité des CLSC reposait sur le renouvellement simultané des *rapports de travail*, transformés en rapports socio-politiques, et des *rapports de consommation*, transformés en rapports socio-communautaires. Au départ, les CLSC constituent l'expression concentrée des exigences manifestées par la crise du travail et du mode de consommation : refus de la consommation dépendante et exigence d'une participation active à la définition des besoins et services d'une part, refus des rapports autoritaires de travail résultant d'une exclusion des décisions consacrée par la convention collective, d'autre part. Comme forme institutionnelle, les CLSC sont ainsi le résultat de nouveaux compromis caractérisés par la participation des travailleurs sur le mode de la cogestion et de l'équipe multidisciplinaire, de même que par l'intervention des usagers dans les orientations de leur CLSC. De ce point de vue,

leur formation ne peut être interprétée comme une simple récupération des cliniques populaires, même si les CLSC occupent un espace intermédiaire entre ces dernières et les autres institutions étatiques qui existent dans le domaine socio-sanitaire.

De même, la transformation des CLSC et, plus spécifiquement, le passage des rapports socio-politiques de travail à des *rapports quasi fordistes* et des rapports socio-communautaires de consommation à des *rapports catégoriels* ne peuvent être interprétés comme relevant de la seule initiative d'une régulation technicienne ou d'un État disciplinaire. S'il est indéniable que l'État intervient, il n'en demeure pas moins qu'il n'en prend l'initiative que lorsque la « communauté » est divisée et que les compromis ont éclaté au niveau local. Aussi bien dans la remise en cause du compromis initial que dans la mise en place de nouvelles formes structurelles (ex. la convention collective nationale et les programmes nationaux), les travailleurs et les usagers ont été les principaux agents à travers leurs organisations respectives. Pour des raisons différentes, les technocrates et la partie patronale d'une part et les usagers et les travailleurs d'autre part ont favorisé la centralisation au détriment d'une autonomie locale. Les syndicats, en négociant une convention collective de type fordiste, se sont retirés des mécanismes de décision et ont adopté une position défensive. Certaines catégories d'usagers se sont mises à « négocier » leurs services au niveau national.

3. Que seront demain les CLSC ? Au plan des relations de travail et surtout de la programmation des services, les tendances lourdes sont à l'uniformisation et à la centralisation. Les rapports quasi fordistes de travail favorisent un mode de gestion autoritaire et des pratiques syndicales qui induisent

un retrait et une insatisfaction croissants de la part des travailleurs. En ce sens, la convention collective nationale en vigueur est rigide. De même, les rapports catégoriels de consommation se révèlent incapables de répondre aux nouvelles demandes et de tenir compte des différences régionales. Les programmes nationaux, dans la mesure où ils deviennent exclusifs, ouvrent la porte à une dualisation des services : les groupes les plus défavorisés et les plus désorganisés qui ne réussissent pas à établir un rapport de force à l'échelle nationale doivent s'en remettre exclusivement aux groupes communautaires et alternatifs.

L'analyse minutieuse du modèle d'origine du CLSC met bien en lumière l'interdépendance des rapports de travail et des rapports de consommation. Aussi cette institution ne saurait-elle être renouvelée sans toucher ces deux rapports. Autrement dit, il est impossible de transformer en profondeur la programmation des services sans renouveler également les rapports de travail et vice-versa. Une régionalisation ou une décentralisation qui ne concernerait que l'un de ces rapports serait profondément handicapée.

Par ailleurs, l'analyse de la situation actuelle des CLSC révèle l'existence de tendances secondaires qui permettent de contrer la rigidité des formes institutionnelles en place. Au plan des rapports de travail, nous avons relevé les efforts consentis par les parties patronales et syndicales, dans certains CLSC, pour dépasser la division rigide entre droits de gérance et travail à travers des arrangements locaux négociés et des mécanismes de participation. Au plan des rapports de consommation, nous avons identifié des initiatives pour répondre à de nouvelles demandes et à des problèmes régionaux. Le paradoxe, à l'heure

actuelle, est que les CLSC qui « fonctionnent » bien, qui font preuve de souplesse, sont contraints d'être « déviants » pour y arriver. On peut supposer qu'à la faveur de nouveaux compromis qui iraient dans le sens de la décentralisation, il serait possible de renforcer ces tendances.

Dans le cas où aucun changement ne serait réalisé, on peut faire l'hypothèse de l'écèlement et de l'isolement des CLSC. Cette hypothèse exigerait de longs développements, mais, dès maintenant et sans tomber dans la fiction, on peut identifier des transformations qui iraient dans cette direction. Si le mouvement de contestation du modèle bio-médical dominant et les demandes de réorganisation du travail n'étaient satisfaits que dans les CLSC, ces derniers se trouveraient davantage isolés dans le réseau socio-sanitaire. Leur forme « autogestionnaire » perdrait ainsi rapidement sa capacité de maintenir ses objectifs comme enjeu sociétal et aucune autre partie n'assumerait des objectifs semblables. Les effets pourraient être comparables si les services et programmes qui ne s'adressent pas à des populations cibles étaient privatisés, en particulier ceux qui sont consacrés à la prévention. Les CLSC s'isoleraient alors davantage puisqu'ils seraient identifiés comme lieu de dispensation de services aux seules populations défavorisées.

Paul R. Bélanger
Benoit Lévesque
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal

Notes

¹ Cette citation est tirée de Mouffe, 1983, et les paragraphes qui suivent s'en inspirent aussi largement.

² Nous parlons de rapports de travail plutôt que de rapport salarial puisque ce dernier, chez les régulationnistes, inclut le mode de vie comme s'il était dérivé directement du niveau de vie.

³ Au CLSC Huntingdon, par exemple, les ententes locales et les *Règlements de régie interne du conseil d'administration* stipulaient que le terme « supérieur immédiat », qu'on retrouvait dans la convention collective, désignait l'unité de travail, l'équipe.

⁴ Les rapports catégoriels de consommation désignent des rapports où les agents de la « négociation » des services sont des catégories sociales (personnes âgées, handicapées, jeunes, etc.) qui se sont constituées en groupes sociaux.

⁵ Notre analyse s'appuie non seulement sur la littérature sur le sujet, mais aussi sur nos recherches sur une dizaine de CLSC. Voir Bélanger et Lévesque (1986) et Bélanger, Lévesque et Plamondon (1988).

⁶ Selon le rapport préliminaire de la Commission Rochon, du début des années 1970 jusqu'en 1978, le budget du MAS (MSSS) destiné « au soutien des organismes communautaires n'a pas excédé annuellement 1,5 million \$ distribué à une cinquantaine d'organismes » alors qu'en 1986-1987, « ce budget s'élevait à 26 millions \$ et était distribué à 1000 organismes » (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987 : 17).

Bibliographie

- AGLIETTA, Michel. 1986. *Régulation et crise du capitalisme*. Paris, Calmann-Lévy.
- AGLIETTA, Michel et Anton BRENDER. 1984. *Les Métamorphoses de la société salariale*. Paris, Calmann-Lévy.
- BEAULNE, Pierre. 1982. « Les restrictions dans les dépenses de santé et d'éducation au Québec », dans G. DOSTALER, éd.
- BÉLANGER, Paul R. et Benoit LÉVESQUE. 1986. *La Bureaucratie contre la participation*. Montréal, UQAM, Département de sociologie.
- BÉLANGER, Paul R. et Benoit LÉVESQUE. 1987a. « Le mode de vie détermine-t-il l'éthique du travail ? Étude de cas », *Relations industrielles*, 42, 2 : 345-365.
- BÉLANGER, Paul R. et Benoit LÉVESQUE. 1987b. « Le mouvement social au Québec : continuité et rupture », dans P.R. BÉLANGER, B. LÉVESQUE, R. MATHIEU et F. MIDY (sous la dir. de). *Animation et culture en mouvement*. Québec, PUQ : 253-266.
- BÉLANGER, Paul R., Benoit LÉVESQUE et Marc PLAMONDON. 1988. *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC*. Québec, Les publications du Québec (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, recherche 13).
- BOISMENU, Gérard. 1987. « Régulation technicienne et État disciplinaire », *Interventions économiques*, 18 : 65-70.
- BOISMENU, Gérard et François ROCHER. 1986. « Vers une réorientation des politiques sociales au Canada », *Revue internationale d'action communautaire*, 16/56 : 119-132.
- BOYER, Robert. 1986. *La Flexibilité du travail en Europe*. Paris, Éditions La Découverte.
- BRETON, Gilles, Jocelyn LÉTOURNEAU et Carol LEVASSEUR. 1987. *État et stratification sociale dans la société salariale : pour une sociologie de la différenciation sociale*. Conférence prononcée au congrès annuel de la Société canadienne de science politique, Hamilton.
- CHAMPOUX, Louis et autres. 1975. *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC*. Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon). 1987. *Quelques pistes de réflexion. Les services de santé et les services sociaux. Rapport préliminaire*. Les Publications du Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon). 1988. *Rapport*. Les Publications du Québec.
- DELORME, Robert et Christine ANDORE. 1983. *L'État et l'économie. Un essai d'explication de l'évolution des dépenses publiques en France, 1870-1980*. Paris, Éd. du Seuil.
- DOSTALER, Gilles, éd. 1982. *La Crise économique et sa gestion*. Montréal, Boréal.
- GODBOUT, Jacques. 1983. *La Participation contre la démocratie*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- GODBOUT, Jacques. 1987. *La Démocratie des usagers*. Montréal, Boréal.
- GUILLEMARD, Anne-Marie. 1986. *État et politique sociale. Le cas de la politique française de la vieillesse*. Communication présentée au colloque international « L'État contemporain au cœur de la société », Montréal.
- HOULE, François. 1987. « Réflexions sur la restructuration de l'État au Canada », *Interventions économiques*, 18 : 71-84.
- LANOÉ, Jean-Louis. 1987. « Entre le droit à la santé et son coût social. Des compromis adaptés à l'esprit démocratique », *Le Monde diplomatique*, juin.
- LESEMANN, Frédéric. 1981. *Du pain et des services*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- LEVASSEUR, Carol. 1980. « De l'État-Providence à l'État-disciplinaire », dans G. BERGERON et R. PELLETIER. *L'État du Québec en devenir*. Montréal, Boréal-Express.
- LIPIETZ, Alain. 1984. *Accumulation, crises et sorties de crise. Quelques réflexions méthodologiques autour de la notion de régulation*. Paris, CEPREMAP, n° 8409.
- LIPOVETSKY, Gilles. 1983. *L'Ère du vide*. Paris, Gallimard.
- MAHEU, Louis. 1983. « Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissu social », *Sociologie et sociétés*, XV, 1.
- MOUFFE, Chantal. 1983. « Socialisme, démocratie et nouveaux mouvements sociaux », dans C. BUCI-GLUCKSMAN (sous la dir. de). *La Gauche, le pouvoir, le socialisme*. Paris, PUF.
- OFFE, Claus. 1985. « New Social Movements: Challenging the Boundaries of Institutional Politics », *Social Research*, 52, 4.
- PARENTAUX, Fernand. 1986. *Historique, actualité et avenir des CLSC*. Québec, mémoire présenté à la Commission Rochon.
- POUPART, R., J.-J. SIMARD et J.P. OUELLET. 1986. *La Création d'une culture organisationnelle : le cas des CLSC*. Montréal, FCLSC.
- RENAUD, Gilbert. 1978. *L'Éclatement de la profession en service social*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- RENAUD, Gilbert. 1984. *À l'ombre du rationalisme. La société québécoise, de sa dépendance à sa quotidienneté*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- RENAUD, Marc. 1981. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique », dans L. BOZZINI et autres. *Médecine et société*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- ROY, Jacques. 1986. *Bilan du maintien à domicile*. Montréal, FCLSC, 2 tomes.
- ROY, Maurice. 1987. *Les CLSC, ce qu'il faut savoir*. Montréal, Éd. Saint-Martin.
- TABLE RONDE. 1979. « Les Centres locaux de services communautaires et la santé : table ronde », *Revue internationale d'action communautaire*, 1/41 : 19.
- TOURAINE, Alain. 1978. *La Voix et le regard*. Paris, Seuil.