

Service social



Bientôt vingt ans de régionalisation : qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.?

Jean Trugeon

Volume 38, Number 2-3, 1989

Les politiques sociales

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/706439ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/706439ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Trugeon, J. (1989). Bientôt vingt ans de régionalisation : qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.? *Service social*, 38(2-3), 220-245. <https://doi.org/10.7202/706439ar>

Article abstract

Une étude a été menée afin d'établir l'importance relative du processus de régionalisation dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec de 1971 à 1987.

Les différents mandats confiés aux C.R.S.S.S. par le gouvernement du Québec durant cette période ont été recensés et analysés à l'aide d'une grille à cinq niveaux permettant d'en juger l'importance relative. Chacun des niveaux fait référence à des substrats (ressources humaines, matérielles, monétaires, information, etc.) différents. De plus, chaque niveau distingue trois types de pouvoir : de recommandation, de coordination et de commandement. L'examen auquel ont été soumis les mandats confiés aux C.R.S.S.S. depuis 1971 permet de conclure que le processus de régionalisation a connu des hauts et des bas s'apparentant davantage à une valse-hésitation qu'à une véritable politique de décentralisation.

TURGEON, Jean, agent de recherche
au Ministère de la Santé et des
Services sociaux, Québec.

Bientôt vingt ans de régionalisation : qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S. ?

*Jean Turgeon**

La répartition des pouvoirs et responsabilités entre les différents échelons territoriaux d'un État-nation constitue une dimension importante de sa constitution. Au Canada, il est généralement reconnu aux provinces des pouvoirs et responsabilités étendus en matière de santé et de services sociaux. Chacune peut subdiviser son territoire en unités plus ou moins grandes qui peuvent elles-mêmes faire l'objet d'un découpage plus fin.

Au Québec, à la suite des travaux de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, le gouvernement créait en 1971 douze régions socio-sanitaires et autant de conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) à qui il n'a cessé depuis de confier des mandats¹.

Cet article² explorera ce processus « expérimental et évolutif », comme le qualifiait M. Jacques Brunet en 1977, alors qu'il était sous-ministre au ministère des Affaires sociales.

Il faut souligner toutefois que les qualificatifs employés pour juger de l'importance relative de ce processus de transfert de pouvoirs et responsabilités de l'échelon provincial à celui des régions varient selon l'auteur consulté. Pour certains (Blain, 1980; Bolduc, 1984; Ouellet, 1978) le phénomène s'apparente à une déconcentration de l'autorité provinciale. Pour d'autres (Deschênes, 1981; Gélinas, 1984; Lesemann, 1978) il s'agit plutôt d'une décentralisation administrative (ou technocratique), par opposition à politique. Il apparaît donc essentiel de définir les concepts de centralisation, décentralisation, déconcentration et régionalisation. Le cadre d'analyse auquel seront soumis les différents mandats confiés aux

C.R.S.S.S. de 1971 à 1987 sera ensuite présenté. Ces mandats seront regroupés en six périodes. L'analyse devrait permettre de porter un jugement sur l'importance relative de chacune de ces périodes en termes de pouvoirs confiés aux C.R.S.S.S.

Quelques définitions

Les mots sont comme des allumettes : il y en a qui prennent, d'autres pas, disait Daninos.

Nul ne peut nier le fait que la décentralisation est au goût du jour depuis... plusieurs années et que la déconcentration, tout comme son proche parent la centralisation, n'est jamais très populaire auprès des citoyens. Parler de centralisation, de décentralisation ou encore de déconcentration, c'est « s'interroger sur la répartition entre les appareils de l'État des responsabilités d'assurer l'exécution des diverses missions de l'État et du pouvoir de prendre des décisions » (Gournay, 1967 : 127).

Selon l'approche légaliste, lorsqu'il y a centralisation, un minimum de centres de décision sont concentrés au niveau supérieur de la hiérarchie : « les échelons ne font que transmettre et exécuter une volonté unique » (Lajoie, 1968 : 13).

Pour qu'il y ait décentralisation, il faut qu'un organisme possède une personnalité juridique propre, qu'il fasse l'objet d'une délégation du pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice d'une (ou plusieurs) mission de l'État et délégation des responsabilités nécessaires en vue d'assurer l'exécution de cette mission. Il doit également y avoir rupture du lien hiérarchique entre le centre (par exemple le ministère) et cet organisme.

Certains auteurs (Ouellet, 1978; Blain, 1980; Durocher, 1984; Bolduc, 1984) vont plus loin en précisant que la décentralisation ne peut être que politique et qu'elle implique nécessairement des pouvoirs fiscaux et réglementaires de même que la présence de personnes élues à la tête des organismes décentralisés. Cependant, le ministère de la Santé et des Services sociaux et plus généralement le gouvernement du Québec distinguent, comme le font certains auteurs (Debbasch, 1968; Deschênes, 1981; Gélinas, 1984; Lesemann, 1978), deux types de décentralisation : administrative (ou technocratique) et politique (ou démocratique). La décentralisation administrative implique que les organismes sous ce « régime » sont soumis à la « tutelle » des ministères et également à certains contrôles, règles et pratiques des organismes administratifs centraux. Ils n'ont aucun pouvoir fiscal mais possèdent une personnalité juridique distincte et sont dirigés par des personnes nommées. La

décentralisation politique est alors définie comme une situation où les organismes décentralisés possèdent une personnalité juridique distincte mais sont dirigés par des personnes élues disposant de pouvoirs fiscaux et réglementaires étendus.

La déconcentration consiste essentiellement en la dispersion géographique ou fonctionnelle d'agents administratifs relevant de l'organisme central. La déconcentration se distingue de la décentralisation sous plusieurs aspects. Premièrement, l'organisme déconcentré et l'organisme central constituent une seule et même personnalité juridique. En second lieu, l'organisme déconcentré n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal. Troisièmement, ses titulaires ne sont pas nommés ou élus mais simplement recrutés. Quatrièmement, il y a délégation de pouvoirs administratifs de la part de l'organisme central, mais en aucun cas délégation des responsabilités correspondantes, c'est-à-dire de la capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure. Enfin toute la gestion est assurée par le pouvoir central.

Pour sa part, la régionalisation se définit comme un processus fonctionnel contrairement aux trois concepts précédents qui font référence à des phénomènes structurels (administratif ou politique). Elle consiste « à introduire la perspective spatiale et temporelle des actes administratifs en fonction d'un impact régional » (Ouellet, 1978 : 10-11). La régionalisation peut donc s'inscrire dans un processus centralisé, décentralisé ou déconcentré.

Une analyse politique de la régionalisation

Certains chercheurs, après une analyse juridique du droit adopté³ (lois, règlements, etc.) relatif aux C.R.S.S.S., considèrent que « le rôle accru de ces organismes constitue une des caractéristiques principales de l'évolution du réseau des affaires sociales » (Lajoie et coll., 1987 : 11). D'autres estiment que tout ce processus n'est que poudre aux yeux pour masquer le fait que c'est toujours l'échelon provincial qui tire les ficelles : tout au plus assisterions-nous à une décentralisation technocratique dans laquelle les C.R.S.S.S. serviraient de « tampon » au Ministère (Lesemann, 1978).

Une analyse plus proprement politique du processus de régionalisation est proposée ici. L'un des intérêts à explorer la dimension politique des organisations réside dans le fait qu'elle étudie les différentes relations de contrôle entre les organisations, permettant une lecture différente de la réalité de ces organisations.

Selon Crozier et Friedberg, le pouvoir réfère davantage à des relations entre différents acteurs (individus ou organisations). Le

pouvoir se définit alors comme « une relation d'échange, une relation instrumentale non-transitive, réciproque mais déséquilibrée » (Crozier et Friedberg 1977 : 54).

Ces relations de contrôle contenues dans les mandats confiés aux C.R.S.S.S. peuvent porter sur différentes ressources ou substrats : information, ressources humaines, matérielles, etc. De même, pour un substrat donné, ces relations de contrôle peuvent également être d'importances différentes. Trois types de pouvoir⁴ sont distingués. Les pouvoirs de pression (ou de recommandation) situent les C.R.S.S.S. dans un rôle de conseiller face aux autres composantes du système socio-sanitaire. Les pouvoirs de coordination concernent des fonctions plus proprement organisationnelles. Enfin les pouvoirs de commandement (ou de décision) déterminent virtuellement un contrôle auquel les acteurs qui y sont soumis ne pourraient échapper, du moins officiellement.

Par ailleurs, il est proposé de classer selon cinq niveaux les différents types de substrats sur lesquels l'analyse est susceptible de porter. Nous postulons que l'importance relative de ces différents substrats varie : il existerait ainsi un ordre logique⁵ allant des substrats les moins déterminants en termes de contrôle vers les plus déterminants.

Le premier niveau correspond aux contrôles concernant l'information circulante non-finalisante : l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du « réseau » socio-sanitaire. Par exemple, on retrouve à ce niveau les mandats suivants : susciter la participation, assurer des communications, recevoir et entendre les plaintes, etc. Ce niveau inclut également des activités de cueillette d'informations : identification des besoins, bilan, inventaire, élaboration de dossiers, etc : tout ce qui constitue de l'information prérequis à l'élaboration de l'information structurante dont il sera fait état au cinquième niveau.

Le second correspond aux contrôles relatifs aux ressources humaines (non dirigeantes et dirigeantes) et aux ressources matérielles non monétaires. Ces deux ressources sont souvent indissociables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquels les conseils régionaux auront un contrôle plus ou moins important. À ce niveau, les C.R.S.S.S. ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôle des dépenses) des budgets définis par le Ministère : ils ne possèdent aucun contrôle sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination.

Le troisième représente justement celui des contrôles relatifs aux ressources monétaires (budgétaires) : détermination et répartition

des budgets. Nous incluons à ce niveau les contrats de biens et services.

Le quatrième concerne plus particulièrement les contrôles relatifs aux postes (établissements) eux-mêmes : mise en tutelle, permis, vocation, abolition, fusion et création.

L'information structurante représente le cinquième niveau. Elle définit explicitement les orientations et la nature même du système socio-sanitaire ou de l'une de ses composantes (Lemieux et Turgeon, 1980 : 694). Les mandats qui y sont rattachés concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (par exemple les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire de travaux de Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante, ou finalisante, l'acteur ou le groupe d'acteurs contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un autre acteur ou groupe d'acteurs. Il faut rappeler que, comme dans le cas des quatre autres niveaux de substrat, les pouvoirs peuvent en être de recommandation (au ministre, par exemple), de coordination ou encore de commandement.

Par opposition à une analyse plus juridico-administrative, l'analyse proposée ne tente pas de classer a priori les organisations faisant l'objet de transferts de pouvoirs ou de responsabilités à l'intérieur de « cases » prédéfinies et définitives. C'est pourquoi nous préférons parler du processus (fonctionnel) de régionalisation pouvant s'inscrire dans un processus (structurel) centralisé, décentralisé ou encore décentralisé. Dès lors, la régionalisation devient un processus dynamique où la « position » qu'occupe une organisation définie comme décentralisée selon l'approche juridico-administrative varie dans le temps, tant en ce qui a trait aux ordres conçus qu'aux ordres vécus. Cette vision permet d'imaginer par exemple qu'un C.R.S.S.S. peut être considéré, eu égard aux mandats qui lui sont confiés et à un moment donné dans le temps, comme bénéficiant à la fois d'une grande décentralisation relativement à certains substrats, le contrôle sur les autres substrats demeurant, lui, centralisé aux mains du ministère de la Santé et des Services sociaux, ou plus généralement du gouvernement du Québec.

Les principaux documents traitant ou adressés aux C.R.S.S.S. issus du ministère de la Santé et des Services sociaux (et précédemment du M.A.S.), ou plus largement du gouvernement du Québec ont été recensés de décembre 1971 au 31 décembre 1987. Il s'agit essentiellement des textes de loi, décrets, circulaires ou directives concernant les organismes régionaux. Seront également recensées les différentes recommandations relatives à l'organisation du système

de santé et de services sociaux de la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu (1966-1973). L'ensemble de cette information sera regroupée en six grandes périodes correspondant à autant de temps forts de la régionalisation : la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966-1973); la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971; les premières années des C.R.S.S.S. 1972-1976; la période 1977-1981; la Loi 27 (1981); la période 1982-1987.

Résultats

Les travaux de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social

Plus particulièrement en ce qui a trait au secteur des services sociaux, la Commission suggère :

« Que la conception et l'organisation du système de services sociaux s'inspirent des principes suivants : la participation consultative des citoyens, afin de connaître leurs besoins; la participation décisionnelle des personnes et des groupes concernés à l'élaboration des projets et des programmes » (Commission 1970, VI (2): 439).

Elle propose un scénario de régionalisation et de décentralisation assez similaire à celui devant régir le domaine de la santé. Pour les services sociaux cependant, le territoire du Québec est divisé en dix régions (et non en trois comme dans le cas de la santé) correspondant aux dix régions administratives constituées en 1966 (Commission 1972, VI (2) : 441). La Commission suggère également de partager la région métropolitaine de Montréal en trois sous-régions.

Dans chacune de ces régions, un office régional des services sociaux (O.R.S.S.) est constitué. Par ailleurs, les commissaires recommandent la mise sur pied de conseils régionaux des services sociaux (C.R.S.S.), organismes ayant pour rôle d'assister l'O.R.S.S. dans ses fonctions de planification et de programmation. Ils prévoient également la création de Conférences régionales des établissements de services sociaux pour assister l'O.R.S.S. dans l'élaboration des programmes régionaux (Commission 1972, VI (2) : 444-445).

Les mandats confiés aux O.R.S.S. font référence à tous les niveaux de substrat de la grille proposée. Au niveau des contrôles sur le premier niveau, celui de l'information circulante, la Commission affiche ouvertement son parti pris pour le dialogue constant entre population, établissements, organismes régionaux et ministères. Le « réseau » socio-sanitaire doit être à l'écoute de la population.

Les O.R.S.S. ont entre autres à ce niveau à constituer le dossier complet de leur région. En ce qui a trait aux ressources humaines et

matérielles, ils ont à pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de distribution des services sociaux sur leur territoire. Par rapport au niveau des ressources monétaires, ils reçoivent du gouvernement du Québec et mettent à la disposition des établissements et organismes les sommes consacrées au fonctionnement du système de services sociaux. Ils empruntent également les sommes indispensables au financement de projets d'immobilisations. Le contrôle sur les postes eux-mêmes est important puisque les O.R.S.S. ont à autoriser la création des établissements de services sociaux et à en recommander la mise en tutelle. Enfin en ce qui concerne l'information structurante, ils ont à établir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux, à prescrire les normes administratives auxquelles les établissements de services sociaux sont soumis, et enfin à conclure avec ceux-ci des contrats où ces derniers s'engagent à atteindre les buts fixés, selon les normes édictées.

Le type de pouvoir auquel font référence la plupart de ces mandats en est un de coordination. Cependant les O.R.S.S se voient confier des pouvoirs de commandement ayant trait à des niveaux de substrat relativement déterminants : les postes eux-mêmes et l'information structurante. De façon générale, les organismes et associations du secteur social se retrouvent contrôlés par les organismes régionaux sur lesquels ils n'ont que peu d'emprise, si ce n'est quelques représentants aux différents conseils d'administration. Il est apparu que cette vision n'a pas trouvé preneur auprès des principaux intéressés à l'époque, comme nous allons le voir maintenant.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux du 22 décembre 1971

Le projet de loi sur les services de santé et les services sociaux est déposé en première lecture le 8 juillet 1971. Le ministère des Affaires sociales, résultat de la fusion entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social, retient le postulat de la nécessité d'une régionalisation et d'une décentralisation mais propose pour ce faire la création d'organismes très différents de ceux proposés par la Commission Castonguay-Nepveu, bien que le ministre des Affaires sociales soit M. Claude Castonguay lui-même.

Le projet de loi 65 propose, entre autres, la création d'offices régionaux des affaires sociales (O.R.A.S), sorte d'organismes hybrides issus de la fusion de l'Office régional de la santé (O.R.S.A), du Conseil régional de la santé (C.R.S.A.), de l'O.R.S.S. et du C.R.S.S. Le territoire du Québec est divisé en douze régions inégalement

pourvues en ressources socio-sanitaires, chacune comprenant un O.R.A.S. Ce dernier est dirigé par un conseil d'administration dont tous les membres (sauf le directeur général) sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. L'O.R.A.S. se voit confier un ensemble de mandats qui a très peu à voir avec ceux recommandés par la Commission pour les O.R.S.A. et les O.R.S.S. La plupart se rattachent aux deux premiers niveaux de l'ordre des substrats identifié. L'O.R.A.S. se voit par exemple confier le mandat d'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les institutions établies dans la région pour laquelle il est institué. Il a à surveiller et réglementer l'activité des établissements. Le projet de loi lui confie également des pouvoirs d'enquête sur les actes professionnels⁶.

Le ministre Castonguay justifie, lors du débat en première lecture, la timidité de son projet de loi du point de vue de la décentralisation en invoquant l'inexistence d'un système de taxation locale et d'un système d'élection des responsables de l'administration des fonds publics. Il constate également le manque de personnel compétent pour assumer une décentralisation plus poussée, le mauvais rendement des hôpitaux et la nécessité de contrôler dans l'immédiat la hausse des coûts.

Malgré ce net recul par rapport aux recommandations de la Commission, les réactions en commission parlementaire sont nombreuses et quelquefois acerbes. Les associations d'établissements demandent une réduction de l'importance des pouvoirs de réglementation confiés aux offices. Les petits établissements et organismes privés refusent d'être intégrés au réseau. Les groupes de professionnels s'objectent fortement aux pouvoirs d'enquête sur les actes professionnels et dénoncent le danger de politisation des O.R.A.S.

Le projet de loi est modifié et c'est ainsi que naissent les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.). Ces organismes régionaux se voient confier encore moins de mandats. Ces derniers réfèrent presque exclusivement à des pouvoirs de recommandation relativement à des niveaux de contrôle peu déterminants : l'information circulante, les ressources matérielles et humaines. Les contrôles concernant les trois autres niveaux de substrat sont absents : le Ministère les a tous monopolisés.

Les premières années des C.R.S.S.S.

De 1972 à 1975, les C.R.S.S.S. se voient confirmés dans leur rôle de conseiller du ministre des Affaires sociales relativement aux besoins de leur population. Ils sont mis à contribution pour répertorier les services d'urgence de leur territoire. Le Ministère leur

confie également le mandat de vérifier l'opportunité des demandes de réparations et de rénovations dont les coûts sont inférieurs à 50 000 \$. Ce mandat est important selon la grille d'analyse proposée puisqu'il réfère à un pouvoir de commandement relativement aux ressources monétaires. Toutefois certains indices révèlent que, dans la pratique, la réalisation de ce mandat fut difficile. En effet, dès janvier 1976, le Ministère émettait une directive, qui fut reprise en 1979, spécifiant qu'il ne traiterait plus de demandes individuelles des établissements relatives à ce mandat : il faut donc comprendre que certains établissements continuaient à transiger directement avec le Ministère. Bien que ces mandats soient peu nombreux, il faut indiquer que certains sont vastes (évaluer les besoins...) et que les ressources humaines des conseils régionaux sont peu importantes à l'époque.

La période 1977-1981

Au début de 1977, le Ministère émet une série de mandats relatifs à ce qu'il qualifie alors de décentralisation administrative. Un court document joint à la circulaire décrivant ces mandats explique le but de l'opération. Il indique tout d'abord que le mouvement de décentralisation administrative est effectué pour faire en sorte que le Ministère cesse d'intervenir directement dans l'administration des établissements, ce comportement provoquant des protestations de la part des établissements et entraînant du côté du Ministère un déplacement des préoccupations et des activités vers le cas à cas et l'interventionnisme⁷. Le document signale ensuite que le Ministère se réserve un rôle de définition des orientations, des objectifs, des priorités et des budgets au niveau provincial et des vocations des établissements, ainsi qu'un rôle d'évaluation et de contrôle a posteriori des activités et de l'utilisation des ressources. Il souligne que le Ministère désire remettre aux établissements du réseau une partie des responsabilités qu'il a lui-même assumées jusqu'à ce jour, en particulier dans tous les secteurs qui concernent la gestion interne des établissements : budget, plan d'organisation, personnel, etc. Enfin il annonce que le Ministère veut confier à des commissions administratives régionales (C.A.R.) créées à cet effet et liées aux C.R.S.S.S. des responsabilités précises concernant l'organisation de la mise en commun des services ainsi que le partage des ressources attribuées sur une base régionale entre les divers établissements d'une région. La décentralisation vers les conseils régionaux serait donc dans une large mesure une décentralisation vers les établissements via la mise sur pied de ces commissions administratives. Trois commissions administratives doivent rapidement être mises sur pied

dans chacune des régions du Québec : celle des services communautaires, celle de la mésadaptation sociale et celle des services psychiatriques de courte et de longue durée. En mai de la même année, la responsabilité de la répartition du budget de développement des services à domicile est confiée aux conseils régionaux.

Ce mouvement de décentralisation administrative annoncé officiellement par la circulaire INF-35-1977 se traduit par un déplacement très marqué vers le second et, dans une moindre mesure, vers le troisième niveau de substrat.

Au niveau des ressources humaines et matérielles, il s'agit généralement de pouvoir de coordination. L'absence de référence explicite au Ministère dans le libellé des mandats semble suggérer que ce dernier laisse au seul palier régional le soin de la coordination inter-établissements et entre eux et les autres intervenants du territoire, d'assurer la complémentarité et l'accessibilité, etc.

Plus spécifiquement, les mandats relatifs aux ressources monétaires font référence davantage à des pouvoirs de commandement : les C.R.S.S.S. sont invités, s'il y a lieu, à répartir des enveloppes de développement relativement aux secteurs pour lesquels des C.A.R. ont été créées. Dans la pratique toutefois, il s'est avéré que les premières enveloppes ne sont apparues qu'en 1979. Contrairement à la situation prévalant au second niveau de substrat, la plupart des relations entre C.R.S.S.S. et établissements sont à l'avantage du C.R.S.S.S. : il se voit confier des pouvoirs de commandement par rapport aux établissements, alors qu'en sens inverse, les établissements ne disposent que de pouvoirs de recommandation, le C.R.S.S.S. pouvant toujours refuser les recommandations des établissements et procéder unilatéralement. Du moins est-ce là l'idée des écrits administratifs du Ministère.

En 1978, le projet de loi 103 consacre la volonté du gouvernement d'augmenter (potentiellement) l'importance du rôle des conseils régionaux dans le processus administratif. L'article 1 du projet de loi ajoute en effet le paragraphe suivant aux fonctions du Conseil :

« 18g) d'exercer, à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction ou d'assumer le coût de tout programme relié à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le lieutenant-gouverneur en conseil. »

Cet article permet au gouvernement de confier de manière plus officielle, c'est-à-dire par décret plutôt que seulement par simple circulaire comme par le passé, de nouveaux mandats aux conseils régionaux sans procéder nécessairement par l'adoption d'une loi. Cette pratique sera largement utilisée et parfois dénoncée par les gouvernements, tant péquiste que libéral, qui n'ont plus à passer par l'Assemblée nationale de façon systématique.

Rappelons comme second exemple l'arrêté en conseil 3179-79 du 28 novembre 1979. Celui-ci vient mieux définir les fonctions et pouvoirs des C.R.S.S.S. dans certains secteurs ayant déjà fait l'objet d'une décentralisation à leur échelon. Par exemple, l'ancien mandat relié aux services de mésadaptation sociale est élargi pour englober tout le champ de la réadaptation : mésadaptation sociale, inadapation mentale et physique. Pour sa part, le mandat relié aux services psychiatriques couvre désormais l'ensemble des soins en santé mentale.

Examinons maintenant en détail la situation pour chacun des niveaux de la grille durant cette période de 1978 à 1981. Dans le cas des contrôles relatifs à l'information circulante, il faut souligner la multiplication, par rapport à la période 1972-1977, des relations que le Ministère désire établir entre lui et les conseils régionaux : il demande souvent aux C.R.S.S.S. de lui fournir des informations sur les besoins régionaux et leur collaboration à la cueillette d'informations qui lui seront utiles pour le contrôle et l'évaluation.

Il en va de même au niveau du contrôle sur les ressources humaines et matérielles des établissements pour lesquelles le Ministère indique explicitement qu'il attend des propositions concrètes de la part des C.R.S.S.S. relativement à ce niveau de substrat. La majorité des mandats confiés durant cette période peuvent se rattacher à ce niveau de substrat. Ils font généralement référence à des pouvoirs de coordination. En 1979 par exemple, les C.R.S.S.S. sont chargés de voir à l'application de la politique de scolarisation optimale des enfants en établissement, de coordonner et superviser la fermeture des lits autorisés au permis (pour la période estivale entre autres). L'arrêté en conseil 3179-79 leur confie la coordination des activités des établissements et organismes et les charge d'assurer la complémentarité de leurs activités, etc.

L'étude des relations de contrôle relatives aux ressources monétaires montre, encore davantage que dans le cas de la période précédente, que le C.R.S.S.S. est appelé à exercer des pouvoirs de coordination et de commandement sur les établissements et les organismes communautaires. Par exemple, le Ministère leur confie la responsabilité de répartir entre les C.L.S.C. les enveloppes budgétaires régionales de développement qui leur sont respectivement allouées. Le gouvernement leur confie également la distribution de l'enveloppe de base des équipements mobiliers et la répartition de l'enveloppe régionale de développement entre les établissements de services sociaux.

Le Ministère ne les met pas à contribution que pour répartir des budgets de développement. Dès 1981, il lance sa première opération « Plans de redressement ». Les budgets de chacun des établissements

de la région pour l'année 1981-1982 sont joints à une circulaire demandant aux C.R.S.S.S., entre autres, d'aider les établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement, plan rendu nécessaire par l'écart entre le budget « normalement prévu » pour l'établissement et celui effectivement consenti par le Ministère, compte tenu du bouleversement économique mondial.

En ce qui a trait aux contrôles sur les postes eux-mêmes, les pouvoirs de commandement que peut exercer le C.R.S.S.S. sur les établissements se sont multipliés par rapport à la situation ayant prévalu de 1972 à 1977. Ils sont ainsi invités à proposer au Ministre des mesures de rationalisation, à en coordonner l'application, à préciser la teneur des permis des établissements et à proposer les changements de vocation et les fusions d'établissements. Le gouvernement se donne cependant le pouvoir d'exercer un contrôle de tutelle sur les C.R.S.S.S., similaire à celui qu'il pourrait déjà exercer sur les établissements du réseau socio-sanitaire : nomination d'un enquêteur, d'un contrôleur, administration provisoire, etc.

Enfin relativement au niveau le plus déterminant de contrôle, celui de l'information structurante, les C.R.S.S.S. doivent entre autres déterminer les orientations et priorités régionales de même qu'élaborer les plans de mise en œuvre des politiques dans certains secteurs. Ils ont également à accepter ou refuser les projets des établissements relativement à l'amélioration des services ou au développement de nouveaux services et à s'assurer que ceux-ci élaborent une programmation adaptée aux besoins de la clientèle. C'est la première fois depuis leur création que les conseils régionaux se voient confier des mandats aussi importants. Toutefois le Ministère insiste sur l'obligation pour les C.R.S.S.S. d'œuvrer conformément à ses orientations et plans.

Avant de conclure cette période, il faut relever le cas d'une expérience-pilote qui a été menée à partir de 1980. Elle avait pour objectif de tenter de pousser plus loin le processus de décentralisation administrative. C'est par l'intermédiaire de deux arrêtés en conseil (A.C. 2234-80 et A.C. 2290-80) que le gouvernement confie aux conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay/Lac Saint-Jean de nouveaux mandats se rapportant à des activités de programmation, d'organisation, de budgétisation et enfin de contrôle et d'évaluation. L'analyse des mandats confiés fait voir l'importance des contrôles confiés à ces deux C.R.S.S.S. en 1980. Les mandats concernant le contrôle sur l'information structurante sont nombreux : par exemple, relativement aux activités de planification, ils ont à déterminer les objectifs et priorités de la région. En ce qui a trait à la programmation, ils doivent entre autres déterminer les clientèles, services et programmes prioritaires, vérifier si les objectifs fixés aux établissements ont

été atteints et prendre les mesures correctrices appropriées. Il faut toutefois souligner que la plupart des mandats reliés à ce niveau confient à ces C.R.S.S.S. un rôle de conseiller auprès du Ministre.

Bref, le recensement des mandats de la période 1977-1981 fait voir une augmentation importante de leur nombre par rapport aux années précédentes. De plus, l'analyse selon les différents niveaux de substrat et les types de pouvoir qui leur sont rattachés permet de constater que le Ministère confie aux C.R.S.S.S. de plus en plus de pouvoirs de coordination et, bien que dans une moindre mesure, de commandement et cela relativement à des contrôles sur des substrats déterminants comme les ressources monétaires et l'information structurante. L'expérience-pilote pour sa part vient confier à deux C.R.S.S.S. des mandats encore plus déterminants, mais faisant référence davantage à des pouvoirs de recommandation face au Ministre ou de coordination face aux établissements, qu'à de véritables pouvoirs de décision.

La loi de 1981 modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux (loi 27)

En novembre 1980, un mémoire du M.A.S. concernant le transfert de certains pouvoirs administratifs du Ministère vers les conseils régionaux fut préparé pour être présenté au Conseil des ministres. Selon le document, la décentralisation de la prise de décision vers les conseils régionaux se fera en leur attribuant de nouvelles responsabilités : autorisation de certains travaux de construction, location d'immeubles, mise en place et administration de services communs aux établissements, etc. Il semble que le Conseil exécutif n'a pas autorisé l'étude de ce document par le Comité de législation et qu'en conséquence le projet de loi ne fut pas déposé au cours de la session subséquente. La dissolution de la Chambre et le déclenchement d'élections générales au Québec en mars 1981 sont venus couper court à tout ce processus législatif.

Par ailleurs, à l'automne 1979, le ministre des Affaires sociales, pressé par les négociations imminentes avec les fédérations de médecins, décida de modifier diverses dispositions législatives de façon à encadrer plus adéquatement les propositions normatives et tarifaires de la prochaine convention collective des médecins. À l'automne de 1981, il joignit ces amendements aux propositions du mémoire de 1980 et c'est ainsi que naquit le projet de loi 27 qui fut déposé à l'Assemblée nationale le 19 novembre 1981.

Les réactions en commission parlementaire furent nombreuses. Les associations d'établissements de toutes catégories firent front commun pour s'opposer à l'augmentation des pouvoirs des conseils

régionaux. La Corporation professionnelle des médecins (C.P.M.Q.) s'insurgea contre ce qu'elle qualifia d'ingérence des C.R.S.S.S. dans le domaine de l'activité professionnelle. Quant aux fédérations de médecins omnipraticiens (F.M.O.Q.) et spécialistes (F.M.S.Q.), elles remirent même en question les conseils régionaux comme intervenants valables. Le Comité provincial des malades et l'Association de Santé publique décrivirent pour leur part la gestion « lointaine » des conseils et doutèrent de leur compétence pour gérer le système socio-sanitaire d'un territoire.

Le Ministre modifia son projet de loi : la seconde version comportait plus d'une centaine d'amendements et constituait un recul certain en termes de régionalisation par rapport au projet initial. C'est à peu de choses près cette version qui fut adoptée en décembre 1981, une décennie exactement après l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui avait vu également le projet de régionalisation subir un net recul lors du débat en commission parlementaire.

Nous avons retenu de la lecture de cette loi certains articles interpellant plus directement l'ensemble des conseils régionaux et les avons classés selon l'importance des contrôles sur les différents substrats.

Au niveau des contrôles sur l'information circulante, la Loi 27 n'ajoute pas grand-chose si ce n'est l'obligation faite aux établissements de fournir certaines informations statistiques sur les admissions et les transferts de bénéficiaires ainsi que sur les taux d'occupation des établissements.

Le gouvernement semble vouloir intensifier surtout les relations entre C.R.S.S.S. et établissements au niveau des contrôles sur les ressources humaines, matérielles et les services, et ce pour tous les types de pouvoir. Les C.R.S.S.S. ont par exemple à établir et administrer des programmes d'approvisionnement de biens et services en commun, à autoriser le déplacement des bénéficiaires, etc.

Il faut remarquer également la quasi-absence de mandats relatifs aux ressources financières et aux statuts. Au niveau le plus déterminant de l'information structurante, le C.R.S.S.S. doit établir les politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires des établissements de sa région, à l'exception des admissions et transferts faits en application de la Loi sur la protection de la jeunesse. Il doit également fixer les normes d'utilisation et de distribution des lits dans ces établissements et le fonctionnement des services d'urgence.

La période 1982-1987

Par rapport à la précédente période, la Loi 27 fait preuve de timidité relativement au processus de régionalisation. Bien plus : les

protestations des représentants des établissements et des professionnels de la santé lors de la commission parlementaire ont permis une modification importante des fonctions initialement dévolues aux C.R.S.S.S. dans la première version de la loi. Ces modifications ont eu pour effet de ralentir, du moins en ce qui a trait aux textes législatifs, le processus de régionalisation engagé depuis dix ans.

Suite à l'adoption de la Loi 27 en décembre 1981, les C.R.S.S.S. se voient, dès avril 1982, mis à contribution pour l'opération « Processus d'équilibre budgétaire 1982-83 ». Les mandats se suivent rapidement à partir de ce moment, phénomène qui s'essoufflera à la fin de 1985, au moment du déclenchement des élections provinciales au Québec.

Au niveau des contrôles sur l'information circulante, soulignons qu'en juin 1982 les C.R.S.S.S. sont invités à donner leur avis sur le Prix d'excellence en Affaires sociales et sur les schémas d'aménagement des municipalités régionales de comtés (M.R.C.). En 1983, le Ministère les charge de coordonner la cueillette des données relatives au répertoire des membres des conseils d'administration des établissements. En 1984, Ministère et C.R.S.S.S. confient à un comité conjoint le mandat de coordonner l'implantation d'un système de cueillette de données pour alimenter les systèmes d'information relatifs aux clients des établissements. En 1987, relativement à l'administration et au financement de dépenses d'immobilisations et d'équipements des établissements, les C.R.S.S.S. ont à fournir des rapports périodiques au Ministère.

D'autres mandats concernent le niveau des ressources humaines et matérielles. Par exemple, les C.R.S.S.S. sont impliqués en 1984 dans les mécanismes de dépannage pour le remplacement d'un médecin dans les établissements de leurs régions. Ils ont à intervenir lors des locations d'immeubles par un établissement. Ils doivent être également consultés (l'autorisation est donnée par le Conseil du trésor) lors de l'acquisition, la construction, la transformation ou la démolition d'un immeuble (1986).

Plusieurs mandats concernent le niveau des contrôles sur les ressources monétaires. Les C.R.S.S.S. se voient encore confier des mandats visant à s'assurer que les établissements affecteront les budgets qui leur sont consentis comme il se doit, c'est-à-dire selon le plan approuvé par le Ministère. Cette pratique du Ministère de confier de tels mandats aux C.R.S.S.S. n'a commencé qu'à partir de 1979 mais depuis, plusieurs mandats y font référence. Ils ont également à autoriser des contrats (informatique, bureautique, buanderie, cafétéria, certains types d'équipements médicaux) qui ne relevaient pas d'eux antérieurement. Ils doivent également procéder à la distribution d'enveloppes dans les secteurs du renouvellement d'équipement (C.H. exceptés), de l'achat de services de laboratoire et

enfin de primes d'installation et de bourses aux médecins venant s'installer dans le territoire de certains C.R.S.S.S.

En ce qui a trait aux contrôles sur les postes eux-mêmes, aucun mandat significatif ne leur est confié, si ce n'est en 1986 celui d'être consultés lorsqu'une corporation désire mettre fin aux activités d'un établissement qu'elle dirige.

Enfin les mandats relatifs au niveau du contrôle sur l'information structurante concernent entre autres la coordination, en 1982, de l'opération de réallocation des ressources affectées à la réalisation des programmes socio-sanitaires de première ligne. Une fois que les établissements concernés (C.H.-D.S.C., centres de services sociaux et centres d'accueil) auront déposé un plan de réallocation par district de C.L.S.C. des ressources socio-sanitaires, le C.R.S.S.S. élabore, après consultation de ces plans et des établissements, un plan intégré de réallocation des ressources socio-sanitaires par district de C.L.S.C. Dans le cadre de la mise en opération du partage des responsabilités entre C.S.S. et C.L.S.C. (1984), ils ont à déterminer avec le Ministère le contenu précis des plans de réallocation des ressources et des activités pour chacun des districts de C.L.S.C.

Enfin il faut relever le cas de la mise en place par le Ministère du système de classification par types en milieu de soins et services prolongés (C.T.M.S.P.). Alors que les C.R.S.S.S. se sont vus confier dès 1977 le mandat de mettre sur pied des mécanismes régionaux pour l'admission des bénéficiaires, le Ministère impose un formulaire uniforme pour les admissions en 1984. À partir de 1986, les C.R.S.S.S. ont toutefois à approuver les critères de détermination et de sortie définitive des bénéficiaires des C.H. et des centres d'accueil d'hébergement et à approuver les critères de détermination des politiques de transferts de bénéficiaires de ces mêmes établissements. Enfin notons que cette même année, les C.R.S.S.S. se voient confier le mandat d'élaborer un plan régional des effectifs médicaux et dentaires des établissements de leur région, plan à être soumis au Ministère pour approbation.

Avant de conclure sur cette période, il faut une parenthèse sur l'importance des pouvoirs que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le Conseil du trésor se sont ménagés à partir de 1981 à l'intérieur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

En outre des pouvoirs de réglementation qui sont conférés au gouvernement par cette loi, ce dernier peut faire des règlements concernant une foule de domaines. L'article 173 indique seulement ces domaines : il couvre six pages bien remplies de la loi !

Pour faire image et montrer jusqu'où peut aller la réglementation, une partie du paragraphe i de l'article 173 est reproduit ici :

« (le gouvernement peut faire des règlements pour) déterminer (...) les directions, services et départements que le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir, les fonctions que le chef de ces directions, services et départements doit remplir et, le cas échéant, les qualifications de ceux-ci ainsi que la forme du plan d'organisation, les éléments qu'il doit contenir et les méthodes ou règles suivant lesquelles il doit être élaboré;

i.0.1) déterminer dans le cas d'un conseil régional, la forme du plan régional des effectifs médicaux et dentaires, les éléments qu'il doit contenir et les méthodes ou règles suivant lesquelles il doit être élaboré;

i.0.2) déterminer, pour les fins de l'élaboration d'un plan régional des effectifs médicaux et dentaires ou d'un plan d'organisation d'un établissement, les méthodes ou règles relatives au calcul des effectifs médicaux et dentaires (...); »

La marge de manœuvre laissée par les documents officiels apparaît donc pour le moins mince, pour ne pas dire inexistante si le gouvernement décide d'y aller par le menu détail lors de l'élaboration de tous ces règlements.

Selon notre grille d'analyse, il appert donc que pour la période 1982-1987, l'importance relative des mandats soit généralement moindre que pour la période 1977-1981. Ceux-ci confinent les conseils régionaux davantage dans un rôle de coordonnateur que dans celui de preneur de décisions, du moins en ce qui concerne les contrôles sur les substrats les plus déterminants.

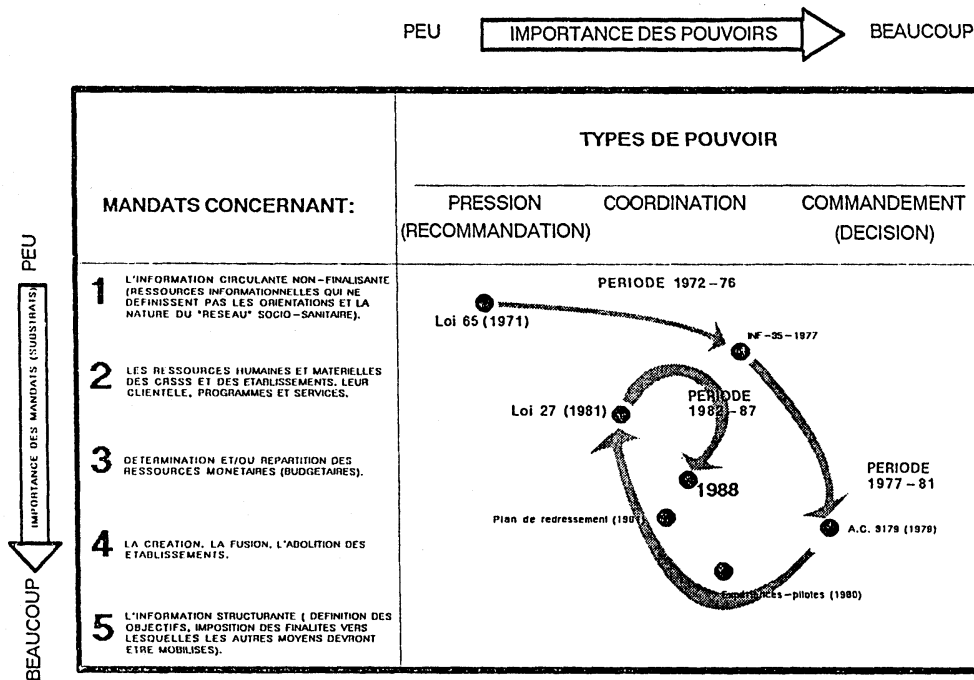
La valse-hésitation de la décentralisation

Nous pouvons, à titre d'essai, tenter de représenter le chemin parcouru depuis 1971 (Figure 1). Les cinq différents niveaux de substrat, jumelés aux trois types de pouvoir identifiés forment une surface où il est possible de suivre le processus de régionalisation engagé depuis 1971. Les périodes 1972-1976, 1977-1981 et 1982-1987 représentent la courbe elle-même. Les différents points représentent certains moments importants en termes de régionalisation.

Les mandats confiés aux C.R.S.S.S. en 1971 ne concernent que des contrôles au niveau de l'information autre que celle qui définit explicitement les orientations du réseau, et marginalement au niveau des ressources humaines et matérielles des établissements.

Durant la période 1972-1976, le Ministère continue à créer des relations de contrôle vers les conseils régionaux pour l'ensemble des niveaux de substrat. Toutefois il semble vouloir mettre moins d'emphasis sur ses relations directes avec les établissements, du

Figure 1. Évolution du processus de régionalisation vers les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec, 1971-1988.



moins au niveau des contrôles sur l'information circulante, les ressources matérielles, les ressources humaines et les services. Le C.R.S.S.S. est invité à prendre le relais vers les établissements, ce que démontre l'apparition de relations de contrôle entre lui et les établissements. Cependant le mouvement est différent de celui relevé dans la loi et lors des toutes premières années. À ce moment, les relations de contrôle voulues par le législateur se caractérisaient par le pouvoir de commandement du Ministère sur les autres postes.

Au contraire, et surtout à partir de 1977 (circulaire INF 35-1977), les établissements sont également habilités (via les commissions administratives entre autres) à établir des relations de contrôle vers les conseils régionaux, bien que cette situation ne prévale généralement qu'en rapport avec les deux premiers niveaux de substrat, les moins déterminants, et que ces relations de contrôle soient caractérisées par des pouvoirs de recommandation ou de coordination, par opposition à des pouvoirs de commandement. De 1978 à l'automne 1981, le Ministère continue à multiplier ses relations avec les C.R.S.S.S., et ce à tous les niveaux de substrat. Ces relations de pouvoir sont le plus souvent déséquilibrées en faveur du Ministère. C'est la dimension « consultation régionale » qui l'emporte largement sur la dimension « partenariat » dans les relations C.R.S.S.S.-Ministère. Toutefois il confie aux conseils des mandats déterminants assortis de pouvoir de commandement sur les établissements. Il faut bien se rappeler cependant que c'est là l'idée des ordres conçus, ou des performances désirées, par opposition aux performances observées.

La Loi 27 (1981) ne concéda que très peu de contrôles déterminants aux C.R.S.S.S., constituant même sous certains aspects un certain recul pour la régionalisation. En effet il faut rappeler la tendance du législateur à resituer, dix ans plus tard, le Ministère dans des relations directes avec les établissements, et ce même à des niveaux peu déterminants en termes de décentralisation. La loi vient également contraindre davantage à la fois la marge de manœuvre des établissements et celle des conseils régionaux, notamment par une inflation réglementaire sans précédent en faveur du Ministère et d'un autre poste : le Conseil du trésor. Rappelons enfin la quasi-absence de mandats relatifs aux ressources monétaires et aux postes, deux niveaux de substrat importants selon l'ordre posé.

La période 1982-1987 voit le gouvernement indiquer de façon encore plus explicite la position importante qu'il entend confier au Conseil du trésor. Ce dernier peut en principe établir des relations de contrôle plus importantes avec le Ministère et, fait nouveau, directement avec les établissements. Du moins est-ce là ce que lui permet en droit la réglementation de la Loi 27. Le Ministère pour sa part

multiplie les relations de contrôle entre lui et les conseils régionaux, et ce pour tous les niveaux de substrat à l'exception de celui sur les statuts.

Notre analyse n'a abordé que les ordres conçus sans aborder directement les ordres vécus. Il semble cependant qu'une bonne connaissance des premiers est préalable à toute recherche qui pourrait être menée sur les seconds. De plus les ordres conçus à un moment donné (par exemple lors de l'adoption d'une loi) traduisent la confrontation d'ordres conçus à un moment précédent avec la réalité. Ainsi, chacune de nos périodes reflète une « correction » par rapport à la précédente, correction qui tient compte jusqu'à un certain point, de l'ajustement à la réalité.

Les C.R.S.S.S. : coordonnateurs d'un système de production de services socio-sanitaires

L'analyse a permis de poser un jugement plus nuancé sur le processus de régionalisation que ne l'est celui de Richard et Molinari (1987) dans leur étude du droit adopté. Elle met en lumière le fait que le Ministère, ou plus généralement le gouvernement du Québec, ne joue à fond le jeu de la décentralisation que par rapport à des contrôles sur des substrats relativement peu déterminants : l'information circulante, les ressources humaines et matérielles. À ces niveaux, le C.R.S.S.S. possède des pouvoirs étendus allant de la recommandation au commandement. Toutefois relativement aux contrôles sur les ressources monétaires, les postes et l'information structurante, les mandats situent davantage le C.R.S.S.S. dans des rôles de conseiller du Ministre ou de coordonnateur des établissements et organismes de sa région : la prise de décision demeure largement centralisée.

Par ailleurs, le leitmotiv « population » ou « décentralisation vers la base » semble de moins en moins présent au fil des années dans les mandats confiés aux conseils régionaux si ce n'est lors de la formule d'introduction des décrets, ce que traduit l'absence relative de relations entre la population et les C.R.S.S.S. L'organisme régional a été invité à s'engager de plus en plus dans la coordination du réseau public régional de services de santé et de services sociaux. L'accent n'est pas mis sur un autre rôle pourtant contenu dans la loi dès 1971 : celui d'animateur de la population, de porte-parole du milieu vers les postes plus « centraux ».

Bien qu'elle semble contraire à la volonté de décentralisation telle qu'exprimée dès la fin des années 1960 dans les travaux de la

Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, la situation observée est cohérente avec la philosophie d'intervention en matière de services de santé et de services sociaux des vingt dernières années.

En effet, « l'absence d'une véritable politique de santé peut expliquer la confusion et le manque de direction de la décentralisation » (Pineault et col., 1985 : 753). Le fait, pour le Québec, de se centrer presque exclusivement depuis bientôt vingt ans sur le développement et le bon fonctionnement d'un système de production de soins et services sanitaires et de services sociaux a contribué à « un effritement des perspectives et à l'hégémonie des moyens sur les fins » (Maranda et Pampalon, 1987 : 25). Si nous ajoutons à cela, d'une part, la recherche d'une équité de moyens que traduit depuis près de vingt ans l'accent mis sur l'accessibilité égale pour tous les Québécois et Québécoises à un système de services sanitaires et sociaux et, d'autre part, la préoccupation du contrôle des coûts et l'importante récession économique du début des années 1980, il n'est pas surprenant de constater que les C.R.S.S.S. aient fait l'objet d'une décentralisation aussi timide. Ce contexte a, dans une large mesure, favorisé le fait que l'échelon régional s'est vu confier les tâches de coordination, de concertation d'un réseau régional de soins et services, les décisions relatives aux ressources les plus déterminantes faisant l'objet d'une centralisation importante à l'échelon provincial.

La régionalisation dans l'optique d'une véritable politique de développement social

L'idée de doter le Québec d'une véritable politique de santé et de bien-être, ou plus généralement de développement social, n'est pas nouvelle. Elle s'inspire, en partie du moins, de travaux de l'Assemblée mondiale de la santé qui, dès 1977, exprimait le vœu que les gouvernements aient pour principal objectif social la santé pour tous en l'an 2 000. (A.M.S., 1977).

La Déclaration d'Alma Ata du 12 septembre 1978 précisait que cet objectif ne pourrait être atteint sans la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé (au sens large). Cette déclaration indiquait également que cet objectif interpellait directement la question des inégalités dans l'état de santé des individus.

Plus près de nous, le Conseil des affaires sociales et de la famille rendait publique en 1984 une réflexion approfondie où étaient proposés des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé. Le Conseil suggérait également la mise en œuvre d'une politique de développement social (C.A.S.F., 1984 : 20). Se greffait donc à

Objectif : Santé un projet de société visant à réduire les inégalités de risques à la santé pour l'ensemble des Québécois et Québécoises (C.A.S.F., 1984 : 141-142).

Par ailleurs, certains auteurs (Pineault et col., 1985; Pineault et Develuy, 1986; Maranda et Pampalon, 1987) ont abordé la question de modifier la perspective qui consiste à voir le Ministère et son réseau davantage comme des dispensateurs de services que des agents de changement du milieu.

L'ensemble de ces propos a largement trouvé écho dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) de même que dans un récent document d'orientations du Ministère⁸ où ce dernier annonce d'ailleurs la formulation d'une politique de santé et de bien-être (M.S.S.S., 1989 : 36). Une telle politique s'adresse non seulement au système de services de santé et de services sociaux mais également aux autres déterminants de la santé : facteurs biologiques, environnements physique, psychologique et social et enfin, habitudes de vie. De plus, selon les orientations ministérielles proposées :

« les objectifs retenus ne pourront être considérés atteints que s'ils se traduisent par une réduction des disparités actuelles entre les diverses couches de la population quant à la santé et au bien-être » (M.S.S.S., 1989 : 19).

Une telle vision décloisonne le domaine de la santé et des services sociaux en l'ouvrant aux autres dimensions de l'intervention de l'État. Autant une vision unisectorielle semblait justifiée pour assurer un accès égal à tous à un système de soins et services, autant une approche multisectorielle apparaît comme le seul moyen de moduler les interventions de l'État en vue de réduire les inégalités sociales : il ne s'agit plus de rendre disponibles les mêmes services à tous, mais bien de répartir inégalement les ressources socio-sanitaires, et plus généralement la richesse collective, pour tenir compte encore davantage des inégalités sociales.

On se rend vite compte qu'il s'agit là d'un projet de société qui cadre peu avec la vocation (unisectorielle) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il faudra donc que la politique de santé et de bien-être annoncée dans le document d'orientations ministérielles engage l'ensemble du Gouvernement du Québec et qu'elle prévoie des mesures assurant une importante coordination interministérielle.

Ce réalignement sur un tel projet de société pose la question du partage des pouvoirs et responsabilités entre les différents échelons de l'État québécois. Bien que les deux Commissions d'enquête (Castonguay-Nepveu et Rochon) et le Ministère voient le territoire régional comme le lieu privilégié pour la poursuite de la décentralisa-

tion, d'autres échelons (municipalités ou municipalités régionales de comté) pourraient être mis à contribution bien au-delà d'une simple participation aux différents conseils d'administration que la proposition de nouvelle législation⁹ prévoit.

Par ailleurs, il faut se demander si l'échelon régional pourra répondre au double défi qu'un tel réenlignement suppose. Le premier défi consiste à faire en sorte que des organismes jusque-là chargés principalement de coordonner un système de soins et services socio-sanitaires deviennent, par rapport à ce même système, de véritables preneurs de décisions, ou pour être plus précis, de preneurs de véritables décisions relativement à des ressources déterminantes : les budgets, les postes, l'information structurante. Le second défi de l'échelon régional est celui de la multisectorialité. La région pourra-t-elle, mieux que les échelons provincial ou local, être le lieu de concertation des différentes interventions étatiques, le point de jonction entre ces dernières et la population ? Pourra-t-on y effectuer, une fois la nécessaire péréquation interrégionale réalisée par l'échelon provincial, les difficiles arbitrages permettant de réduire les inégalités sociales entre les personnes vivant sur son territoire ?

Pour l'ensemble du système des services de santé et des services sociaux, le passage d'une politique de services à une véritable politique de santé et de bien-être sera un pas important vers l'avènement d'une politique sociale comme il en existe déjà dans plusieurs pays¹⁰. Cette politique sociale pourrait être alors autre chose que la simple somme de politiques sectorielles, quelquefois contradictoires, comme c'est encore le cas au Québec à l'aube des années 1990.

Notes

* L'auteur est membre du Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG) et du Réseau de recherche en santé de l'Université Laval.

¹ Par mandat, nous entendons tous les pouvoirs, fonctions ou responsabilités confiés aux C.R.S.S.S. Un décret, une circulaire administrative, un article de loi ou réglementaire peuvent contenir plus d'un mandat : il a alors été subdivisé en autant de mandats qu'il y a d'actions différentes qui y sont contenues. Pour plus de détails, voir à ce sujet Turgeon (1989 : 70-71).

² L'article s'inspire en partie de différents travaux menés par l'auteur depuis quelques années au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (voir, par exemple, Turgeon, 1987), et de sa thèse de doctorat (Turgeon, 1989). Cet article n'engage évidemment que son auteur.

³ Par opposition au droit appliqué. La même distinction se retrouve en analyse cybernétique avec la distinction entre performances désirées et observées. L'anthropologie structurale pour sa part distingue les ordres conçus des ordres vécus (Lévi-Strauss, 1958 : 347).

- ⁴ Ce trio représente un continuum où pression et commandement occupent les deux extrémités. Voir à ce sujet Turgeon (1989 : 17-20).
- ⁵ Cette classification s'inspire de précédents travaux (Lemieux et Turgeon 1980).
- ⁶ Il faut rappeler que le ministre a déjà annoncé le projet de loi sur le Code des professions au moment où les mémoires sur le projet de loi 65 sont discutés en commission parlementaire. La crainte des professionnels de voir disparaître certains de leurs privilèges n'est probablement pas étrangère à la vigilance qu'ils manifestent devant leurs prérogatives que menacent les pouvoirs d'enquête des offices régionaux. Pour une analyse plus complète de ce phénomène, voir Lemieux et coll. (1974 : 30).
- ⁷ Il est intéressant de constater qu'après plus d'une décennie, le rapport de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux (Commission, 1988) dénonce encore cette situation et décrit le rôle que devrait être celui du Ministère en des termes analogues à ceux du rapport de la première Commission d'enquête.
- ⁸ La ministre madame Lavoie-Roux rendait publiques en avril 1989 les orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. Le document vise à proposer des solutions aux problèmes actuels du système et à l'orienter pour faire face aux défis de demain. Les orientations qu'il contient s'inspirent largement du rapport de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux (1988) déposé un an plus tôt devant la ministre.
- ⁹ L'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux a été déposé devant l'Assemblée nationale le 21 juin 1989 et est mort au feuillet. Cette nouvelle version de la loi en proposait une réécriture complète plutôt que d'en modifier seulement certains articles comme ce fut souvent le cas depuis la première adoption de la loi en 1971. Le nouveau ministre, M. Marc-Yvan Côté, a indiqué toutefois un nouveau dépôt pour février 1990.
- ¹⁰ C'est le cas notamment des pays nordiques comme la Finlande, la Suède et la Norvège. Voir à ce sujet Brunelle et Ouellet (1989).

Références bibliographiques

- Association mondiale de la santé, *Résolution WHA 30.43*, 1977.
- BLAIN, G., « La régionalisation d'hier à demain » in *Administration hospitalière et sociale*, 1980, XVI, 1 : 4-12.
- BOLDUC, R., La décentralisation fonctionnelle : un commentaire, C.E.P.A.Q., in *La décentralisation : un effritement de l'État ou un enrichissement démocratique*, Actes du colloque sur la décentralisation tenu le 30 mai 1984 au Manoir du Lac Delage, Sainte-Foy, École Nationale d'Administration Publique, 1985, (Collection : Bilans et Perspectives : n° 5), 315 p.
- BRUNELLE, Y., D. OUELLET, *Finlande, Norvège et Suède — Points d'intérêts des systèmes de santé*, Québec, M.S.S.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, Collection Études et Analyses #4, 1989, 50 p.
- Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, *Rapport de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803 p.

- Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, *Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social*, vol. VI : Les services sociaux, tome 2, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1972, 492 p.
- Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, *Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social*, vol. IV, La santé, tome 2 : Titre deuxième : Le régime de la santé, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970, 209 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif : Santé*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1984, 215 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (C.A.S.F.), *La question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, 32 p.
- CROZIER, M., E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, 436 p.
- DANINOS, P., *Nouveaux carnets du major Thompson*, Paris, Hachette.
- DEBBASCH, C., *Encyclopedia Universalis*, Paris, 1968, vol. 5 : 355-358.
- DESCHÈNES, J.-C., « Le ministère des Affaires sociales et la décentralisation » in A.-P. CONTANDRIOPOULOS, (éd.), *La décentralisation dans le domaine des affaires sociales*, Actes du deuxième colloque, Jean-Yves Rivard, Montréal, Université de Montréal, Les éditions Administration et Santé, 1981 : 39-47.
- DUROCHER, G., « Régionalisation, déconcentration et décentralisation » in *Échange*, août 1984 : 3-7.
- GÉLINAS, A., « La décentralisation fonctionnelle » in C.E.P.A.Q., *La décentralisation : un effritement de l'État ou un enrichissement démocratique*, Actes du colloque sur la décentralisation du 30 mai 1984, Sainte-Foy, École Nationale d'Administration Publique (E.N.A.P.), 1985, (Collection : Bilans et Perspectives, n° 5), 315 p.
- GOSSELIN, R., « Decentralization/Regionalization in Health Care : The Québec Experience » in *Health Care Management Review*, 1984, 9, 1 : 7-25.
- GOSSELIN, R., « Les conseils régionaux : une décennie d'évolution » in *Administration hospitalière et sociale*, 1981, XVII, 6 : 4-10.
- GOURNAY, B., *L'administration*, Paris, Presses universitaires de France, 1967, 126 p.
- LABORIT, H., *La Nouvelle grille*, Paris, Robert Laffont, 1974.
- LAJOIE, A., P.-A. MOLINARI, L.H. RICHARD, *Le droit des services de santé et des services sociaux : évolution 1981-1987*, Recherche n° 20, Rapport de recherche de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 200 p.
- LAJOIE, A., « Les structures administratives régionales » in A. LAJOIE, *Les structures administratives régionales, déconcentration et décentralisation au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1968 : 285-310.
- LAJOIE, A., P.-A. MOLINARI, J.-M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981, 1 039 p.
- LEMIEUX, V., *Les cheminements de l'influence — Système, stratégies et structures du politique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1979, 282 p.
- LEMIEUX, V., F. RENAUD, B. VON SCHOENBERG, *Les C.R.S.S.S., une analyse politique*, Sainte-Foy, Université Laval, 1974, 175 p.
- LEMIEUX, V., J. TURGEON, « La décentralisation : une analyse structurale » in *Revue canadienne de science politique*, 1980, XIII, 4 : 691-710.

- LESEMANN, F., « Décentralisation et services communautaires » in *Service social*, vol. 27, n° 1, 1978 : 23-45.
- MARANDA, M.A., R. PAMPALON, « Santé pour tous : un objectif pour le Québec ? » in *Santé Société*, vol. 9, n° 1, 1987 : 23-34.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations*, Québec, M.S.S.S., avril 1989, 147 p.
- OUELLET, L., Y. DESCOTEUX, *Concepts et méthodes de la régionalisation d'une administration centrale*, Québec, Atelier de gestion intégrée des ressources, 1978, 28 p.
- PINEAULT, R., A.-P. CONTANDRIOPOULOS, R. LESSARD, « The Québec Health System : Care Objectives or Health Objectives ? » in *Journal of Public Health Policy*, septembre 1985 : 394-409.
- PINEAULT, R., C. DAVELUY, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Agences d'Arc, 1986.
- RICHARD, L.-H., P.-A. MOLINARI, « Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales de la santé et des services sociaux », in A. LAJOIE, P.-A. MOLINARI, L.-H. RICHARD, *Le droit de la santé et des services sociaux : évolution 1981-1987*, Recherche n° 20, Rapport III, Rapport de recherche de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 49 p.
- RICHARD, L.-H., P.-A. MOLINARI, « Les statuts des professionnels de la santé et les contrôles de leurs activités », in A. LAJOIE, P.-A. MOLINARI, L.-H. RICHARD, *Le droit de la santé et des services sociaux : évolution 1981-1987*, Recherche n° 20, Rapport IV, Rapport de recherche de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 84 p.
- TURGEON, J., *Une analyse structurale d'un processus de régionalisation : les conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec (1971-1988)*, thèse de doctorat, Sainte-Foy, Université Laval, Faculté des sciences sociales, 1989, 256 p.
- TURGEON, J., C.R.S.S.S. et décentralisation de 1972 à 1987 : *Bilan d'une recherche*, Québec, M.S.S.S., Direction de l'Évaluation, Série Études et Analyses #28, 1987, 67 p.