

Nouvelles pratiques sociales



L'empowerment du personnel : le chemin est sinueux

Jacques Fournier

Volume 10, numéro 2, automne 1997

L'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301401ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301401ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fournier, J. (1997). *L'empowerment du personnel : le chemin est sinueux*. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(2), 23–33. <https://doi.org/10.7202/301401ar>



Le dossier : L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'empowerment du personnel : le chemin est sinueux

*Jacques FOURNIER
CLSC Longueuil-Ouest*

Y a-t-il une place pour la participation du personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux en 1998 ? Où en est le processus de démocratisation du pouvoir dans les établissements ?

L'adoption de la Loi 120, le 4 septembre 1991, donnait plusieurs motifs d'espoir aux partisans d'une participation plus grande du personnel à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Le personnel était en effet invité à participer aux choix des orientations et à la détermination des priorités de l'établissement (art. 2, al. 9). Divers mécanismes étaient mis en place pour favoriser cette participation : élaboration, en collaboration avec le syndicat, d'un Plan de développement des ressources humaines (PDRH), création de divers conseils consultatifs (Conseils multidisciplinaires, etc.), représentation du personnel au conseil d'administration, assemblée annuelle du personnel, etc. (Fournier, 1991).

La Loi prévoyait en fait deux démarches parallèles d'*empowerment* : l'une pour le personnel et l'autre pour les usagers, les deux processus devant se renforcer mutuellement, dans une perspective de démocratisation globale du système de santé et de services sociaux. Six ans plus tard, force est de constater que cette participation du personnel s'est avérée plus complexe à instaurer qu'on ne l'avait prévu : il ne suffit pas de créer des mécanismes sur le plan législatif pour qu'ils portent automatiquement des fruits. La mise en place de ces outils est une condition nécessaire mais non suffisante. L'analyse que l'on peut faire aujourd'hui (novembre 1997) de la question plus large de l'organisation du travail dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux est fortement teintée de deux éléments contextuels déterminants : la reconfiguration du réseau et les compressions budgétaires sans précédent. Et ce ne sont pas deux éléments qui, a priori, font progresser l'idée d'une participation plus grande du personnel.

Comment, dans ce contexte, garder attrayante la troisième thèse dont parlait Yves Vaillancourt et qui s'énonçait comme suit :

Le renouvellement (des pratiques sociales) est possible dans le réseau gouvernemental à condition que les intervenants, en alliance avec les usagers, s'investissent dans la démocratisation de l'organisation du travail et des rapports de consommation dans le secteur public ? (Vaillancourt, 1993 : 6)

Relever ce défi est encore possible, mais la conjoncture est difficile. C'est, entre autres, ce que nous illustrerons dans cet article.

LA RECONFIGURATION DU RÉSEAU

Le premier élément de conjoncture à examiner, c'est la démarche de reconfiguration du réseau. Dans la foulée de l'adoption du projet de loi 116, en juin 1996, des processus de fusion d'établissements sont en cours dans la majorité des régions sociosanitaires. La Loi 116 prévoit des balises quant au type de fusions autorisées. C'est ainsi qu'un hôpital de soins de courte durée ne doit pas avoir plus de 50 lits ni offrir de spécialités médicales pour pouvoir être fusionné avec un CLSC.

À l'heure actuelle, on évalue que 60 % des CLSC conservent une vocation unique. Environ 23 % des CLSC cumulent une vocation de CLSC avec une vocation de CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée). Environ 9 % des CLSC ont une triple vocation : CLSC, CHSLD et CHCD (Centre hospitalier de courte durée). Ce portrait pourrait encore se modifier au cours des prochains mois.

Les partisans des fusions évoquent des économies potentielles. Or, de nombreuses études démontrent que les économies escomptées de fusions

semblables ne se sont pas réalisées et que les services, en particulier ceux de première ligne, n'ont pas nécessairement été améliorés (Beaupré, 1995 ; Lamarche, 1996 ; Michaud, 1996 ; Turgeon et Sabourin, 1996).

Les promoteurs des fusions, surtout en provenance des milieux hospitaliers, y voient une meilleure garantie de continuité des services de santé à la clientèle (Nadeau, 1996). En fait, certains hôpitaux ont encore de la difficulté à percevoir les CLSC comme ayant un double mandat, l'un en santé et l'autre en services sociaux. Ils voient le CLSC comme ayant un mandat uniquement ou essentiellement en santé et croient qu'il serait plus simple de faire du CLSC leur département de soins à domicile. Cette perception fait peser une menace certaine sur les services préventifs, ainsi que sur les services psychosociaux et communautaires offerts par les CLSC ainsi fusionnés.

Un modèle inspire ces dirigeants d'hôpitaux : les Centres jeunesse, qui sont issus du regroupement des CPEJ (Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse) et des CRJDA (Centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation) et souvent également des CRMDA (Centres de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation). Plusieurs administrateurs d'hôpitaux et hauts fonctionnaires se posent la question suivante : pourquoi ne pas faire dans le domaine de la santé, sous la gouverne de l'hôpital, ce qui s'est fait dans le domaine des services sociaux, sous l'égide des Centres jeunesse ?

Leur vision remet en question l'un des fondements du système sociosanitaire québécois. Depuis la Commission Castonguay-Nepveu, un consensus s'était établi autour de l'existence d'un lien très fort entre les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (autrefois fractionné en deux ministères, dans les années 1960), les Régies régionales de la santé et des services sociaux (appelées auparavant Conseils régionaux de la santé et des services sociaux) et les CLSC intègrent d'ailleurs ces deux problématiques depuis plus de vingt ans. Assisterons-nous à un retour en arrière et au divorce de la santé et des services sociaux ? L'une des grandes originalités du système québécois, qui suscite l'intérêt ailleurs dans le monde, est-elle menacée ?

Certains partisans des fusions CLSC-CHSLD allèguent que de telles fusions favoriseraient l'intégration des services aux personnes âgées. Pourquoi alors ne pas promouvoir la fusion des CLSC avec les Centres Jeunesse pour accroître l'intégration des services offerts aux jeunes ? Et pourquoi ne pas fusionner les CLSC avec les Centres de réadaptation pour renforcer l'intégration des services destinés aux personnes handicapées ? On voit bien à quelles absurdités mène la logique des fusions : au non-respect des vocations et à la confusion des missions de première et de deuxième ligne. Claude Saint-Georges, président du conseil d'administration du CLSC des Faubourgs, a

vigoureusement dénoncé ces raisonnements aberrants à l'Assemblée générale de la Fédération des CLSC de novembre 1997 (Saint-Georges, 1998).

La mode des fusions d'établissements est inspirée également de ce qui se passe dans de nombreuses entreprises privées. Dans ces entreprises, les économies d'échelle entraînées par les fusions sont, de fait, parfois très intéressantes. Dans les services publics, et en particulier dans les services à la personne, les effets négatifs observés dans le cas de fusions surpassent très souvent les effets positifs attendus : le personnel est démobilisé, la bureaucratisation est plus lourde, etc.

Dans le secteur public, les fusions d'établissements marquent un recul en ce qui concerne la démocratisation pour les usagers. Avant la fusion du CHCD, du CHSLD et du CLSC, il y avait treize personnes élues par la population aux conseils d'administration des trois établissements. Dans l'établissement fusionné, il n'en reste que cinq. Avant, il était possible pour monsieur et madame Tout-le-monde de siéger au conseil d'administration de son CLSC ou de l'hôpital. On peut se demander s'il n'y aura pas une certaine progression de l'élitisme à l'avenir : ce n'est plus aussi évident pour le simple citoyen ou la simple citoyenne de siéger au conseil d'administration d'un établissement aussi gros.

De même, dans l'établissement fusionné, il y a moins de personnes au total qui représentent les employés au conseil d'administration qu'il y en avait au sein des trois anciens conseils. La démocratisation des établissements était favorisée par la coexistence de plusieurs petits établissements à taille humaine ou à échelle locale. Le paradigme du développement local est menacé par le courant des fusions dans le réseau de la santé et des services sociaux.

LE CONTEXTE DES COMPRESSIONS

Le second élément de la conjoncture à analyser, ce sont les compressions. Concrètement, à quel type de décisions est invité à « participer » le personnel par les temps qui courent ? On lui demande de répondre à la question suivante : où couper pour que cela fasse le moins mal aux usagers ? Il était en effet beaucoup plus simple et plus agréable, durant les années 1980, de prendre part à des exercices de priorisation en vue de mettre sur pied de nouveaux services et d'examiner les besoins qu'un budget supplémentaire permettrait de combler.

Le réseau de la santé et des services sociaux fait présentement face à des compressions d'une grande ampleur. Le gouvernement a supprimé des milliers de poste en favorisant les retraites anticipées. Très souvent, les employés qui quittent ne sont pas remplacés, d'où des surcharges de travail.

Certes, dans une perspective d'utilisation judicieuse des fonds publics, il est presque indispensable d'examiner les possibilités de *réingénierie des processus*, c'est-à-dire comment réorganiser les étapes du travail pour arriver à un service plus efficient. Cette perspective est présente partout dans le monde, tant dans les industries primaires, secondaires que tertiaires (Rifkin, 1996). Est-il préférable que les employés du secteur public travaillent en équipe à cette réingénierie ou qu'ils laissent cette tâche à des consultants externes grassement rémunérés ? Il faut cependant prévoir que toute réingénierie qui se traduirait par de nouvelles surcharges de travail comporte un potentiel important d'épuisement professionnel.

On pourrait considérer que la participation du personnel aux diverses instances consultatives sera encore plus cruciale au cours des prochaines années, ne serait-ce que pour *limiter les dégâts*. Mais cela devient très démobilisant pour le personnel, d'avoir l'impression de *cautionner* diverses compressions en tentant, en toute bonne foi et dans la perspective de prendre en compte l'intérêt des usagers, d'amoindrir les effets négatifs des diminutions de services. Leur éthique professionnelle dicte aux employés une attitude de respect des usagers, qui sont la plupart du temps des personnes en détresse. Le personnel est donc prêt à faire un bon bout de chemin sur la voie de l'accommodement. Mais on ne saurait tendre un élastique indéfiniment. La *participation paradoxale*, inspirée par l'éthique professionnelle et le sens des responsabilités, a ses limites (Bélanger, 1991 : 134).

Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux carbure à certaines valeurs. Il a besoin, fortement, que son travail ait un sens, une signification. Dans beaucoup de cas, ce personnel a choisi telle profession ou tel emploi parce que, justement, il a un sens. Les qualités requises de la part du personnel du réseau (empathie, écoute, respect, etc.) se nourrissent à cette quête de sens.

Parmi les valeurs importantes, on trouve aussi la recherche de justice sociale et d'équité dans la société. Quand on connaît les liens entre la pauvreté et le mauvais état de santé, on peut certes dire que travailler au maintien de la santé, c'est lutter en réalité contre les effets des inégalités sociales. Ce n'est pas sans raison que les syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux appuient la demande de leurs dirigeants syndicaux d'examiner la *colonne des revenus* du gouvernement, et non seulement la colonne des dépenses.

L'EMPOWERMENT DU PERSONNEL

Une fois ces deux éléments de conjoncture présentés, on pourrait examiner quelques-uns des enjeux complexes que soulève la volonté d'augmenter l'*empowerment* du personnel, c'est-à-dire le contrôle qu'a le personnel

sur sa tâche et son environnement de travail, ainsi que son autonomie professionnelle.

Selon Jeremy Rifkin, dans son remarquable ouvrage *La Fin du travail*, la montée de la technologie diminue l'autonomie des travailleurs et leur capacité à organiser eux-mêmes leur travail (Rifkin, 1996 : 249 et 269). La marche est donc haute, à la fin des années 1990, pour défendre le paradigme de l'*empowerment* du personnel comme facteur tant de productivité, de satisfaction de la clientèle, de satisfaction au travail (Rochon, 1988 : 255-258) et même de santé mentale et physique du personnel (Renaud et Bouchard, 1994 : 21).

Si l'on examine la question en fonction des divers types d'établissements (CH, CLSC, Centres jeunesse), le portrait se nuance. Dans les hôpitaux, la domination du modèle médical favorise la prise de décision hiérarchique : ce n'est pas dans ces établissements que, traditionnellement, il a été facile pour le personnel d'avoir plus d'*empowerment*, par comparaison avec les CLSC, par exemple. Une enquête auprès de 802 intervenants de CLSC a montré que la moitié de ces établissements sont gérés de façon plutôt innovatrice et participative (Larivière, 1994).

Dans les Centres jeunesse, le constat que le travail social n'est guère taylorisable (voir l'article de Bien-Aimé et Maheu dans ce dossier) fait en sorte que l'*empowerment* d'un travailleur social est beaucoup plus grand au départ, indépendamment de la structure qui encadre ce travail. Cependant, au cours des dernières années, les Centres jeunesse ont développé une structure plus bureaucratique et un encadrement plus contraignant. Ces établissements sont en quelque sorte à mi-chemin entre les CH (peu de pouvoir au personnel) et les CLSC (un certain pouvoir au personnel) pour ce qui est de l'autonomie professionnelle du personnel.

En plus de la nature de l'établissement (CH, CLSC, Centre jeunesse), si l'on examine la question en fonction des diverses professions, le portrait du contrôle que le personnel a sur son travail est là aussi très varié. En règle générale, les professions reliées au monde de la santé fonctionnent beaucoup par protocoles. Les actes des techniciennes de laboratoire, des techniciennes en radiologie, des infirmières, entre autres, sont fortement encadrés par des normes éprouvées, homologuées, rassurantes, légales. Il y a certes place pour de l'initiative, mais à l'intérieur d'un cadre normatif bien défini. En service social, en action communautaire, la marge de manœuvre est plus grande. Ce n'est pas sans raison, probablement, que les infirmières ont développé des modèles de nursing favorisant l'approche globale de la personne et de son environnement (le modèle McGill, par exemple), dans le cadre desquels l'infirmière peut mettre à l'œuvre sa créativité et son esprit d'initiative. Le travail en équipe est aussi un outil puissant pour favoriser l'*empowerment*

dans un contexte sécuritaire et solidaire (CSN, 1995). Il y a des interrelations nombreuses entre cette recherche d'autonomie plus grande du personnel, d'une part, en ce qui concerne les pratiques professionnelles, comme nous venons de le voir, et, d'autre part, en ce qui concerne les modèles de gestion proprement dits.

LA GESTION PARTICIPATIVE EST-ELLE DÉPASSÉE ?

Pour certains théoriciens modernes de la gestion (cités dans Aubert et de Gaulejac, 1991), la gestion participative serait un modèle dépassé. Il faut d'ailleurs noter que les théories en gestion deviennent vite désuètes. Les écoles d'administration publique et privée produisent des nouveaux modèles à un rythme rapide, un peu comme l'industrie automobile qui est toujours friande de nouveaux modèles. Les modèles plus anciens de gestion sont rapidement qualifiés de désuets, jetables comme des papiers-mouchoirs.

À cette conception consumériste des modèles de gestion, on peut opposer une réflexion plus enracinée dans les valeurs à promouvoir, plus collée à l'éthique, porteuse de changements plus profonds. La gestion participative, c'est tout simplement une façon, peut-être pas meilleure qu'une autre, de nommer la recherche de démocratisation des milieux de travail. Et ce dernier objectif est un des fondements de notre histoire sociale et syndicale récente (CSN, 1991). C'est tout de même quelque chose.

Dans *Le Coût de l'excellence*, Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac décrivent, sans la partager, la conception de certains gestionnaires *modernes* qui bâtissent leurs nouvelles théories, entre autres, sur le rejet de la participation du personnel :

En réaction contre le *management* participatif qui a favorisé la démission des leaders, il s'agit de favoriser la « reprise d'autorité ». Derrière toute performance individuelle ou collective, il y a un *manager*. Pour que l'individu se dépasse, il lui faut la stimulation de l'exemple, l'encouragement de la part d'un homme qu'il admire et qui le conseille. Il faut une autorité avec laquelle il se sente en parfait accord. (Aubert et de Gaulejac, 1991 : 91)

D'évidence, la gestion participative peut très bien se concilier avec un leadership ouvert et mobilisant, ainsi qu'avec une autorité d'autant plus librement acceptée qu'elle renforce sa légitimité par une liaison riche avec le personnel. C'est d'ailleurs le sens profond de la démocratie : l'autorité, l'élu, est d'autant mieux accepté que le processus électoral a été honnête et que les enjeux électoraux ont été clairs. Dans un contexte de gestion participative, les décisions prises par la direction sont d'autant plus soutenues par le personnel qu'elles ont fait l'objet de véritables consultations et d'un processus

de communications bien mené, de haut en bas et de bas en haut, avec des enjeux intelligibles. La consultation, pour être réussie, doit se faire dans une perspective de concertation, c'est-à-dire de recherche réelle d'objectifs communs. La consultation n'entraîne que frustration si elle ne débouche pas sur la concertation et sur l'action.

Les syndicats sont évidemment des interlocuteurs incontournables de ce processus. Paul-André Lapointe, professeur au Département des relations industrielles de l'Université Laval, conclut, à propos de la participation syndicale dans l'ensemble des industries : « Ni enfer ni paradis, la situation s'est néanmoins améliorée et c'est grâce à la participation syndicale à la gestion. » (Lapointe, 1997)

Les Chinois, sous Mao, disaient : « L'avenir est radieux, mais le chemin est sinueux. » Pour l'instant, c'est la seconde partie de la maxime qui semble la plus manifeste. Dans la conjoncture actuelle, la recherche de l'accroissement de l'*empowerment* du personnel ne peut viser, modestement, qu'à limiter les dégâts causés notamment :

- par le stress supplémentaire vécu par le personnel à la suite de la réingénierie parfois sauvage des processus de travail ;
- par la progression du paradigme du *big is beautiful*, au détriment de celui du développement local, avec ce que ce dernier engendre comme attribution des pouvoirs vers le niveau le plus près des gens ;
- par les compressions draconiennes dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- par l'emprise du néolibéralisme sur les relations de travail en général.

Il s'agit, au fond, pour le personnel, de poursuivre l'apprentissage de la participation à la gestion, en espérant qu'un contexte socio-économique plus favorable étendra plus tard l'espace de participation. Cette quête de l'augmentation de l'*empowerment* du personnel contribue à entretenir la recherche d'une démocratisation accrue de la société globale.

PRÉSENTATION DES TEXTES

Ce dossier réunit deux contributions syndicales, deux rédigées par des intervenants du réseau et cinq, par des chercheurs universitaires, parfois associés à des intervenantes sur le terrain.

Andrée Lapierre et Suzanne Leduc, de la CSN, exposent une vision syndicale de la gestion participative et précisent les conditions de base de la réussite d'une démarche en réorganisation du travail. Michelle Desfonds, de

la CEQ, présente l'accord-cadre conclu en 1993 entre sa centrale et le gouvernement concernant l'organisation du travail comme champ de négociation. Elle décrit les exigences à satisfaire pour mettre en place un processus qui déboucherait sur une organisation plus démocratique du travail. Les deux contributions syndicales offrent des analogies intéressantes au regard des conditions concrètes de réussite des expériences de réorganisation du travail.

Christian Jetté et Jacques Boucher brossent un tableau de la transformation des positions de la Fédération des affaires sociales (FAS-CSN, aujourd'hui Fédération de la santé et des services sociaux) et notent que cette fédération a du mal à se défaire de sa vision structuraliste des rapports sociaux, qui apparaissent figés dans une relation de domination où les acteurs sont dépossédés de leur potentiel d'action.

Danielle Fournier, Nancy Guberman, Jennifer Beeman et Lise Gervais analysent la culture organisationnelle de groupes de femmes et relèvent des liens intéressants entre l'organisation du travail, la taille du groupe, son projet social, l'orientation commune d'intervention, la passion pour le travail et le plaisir dans les rapports qui s'établissent au sein de l'équipe.

Claude Larivière et Diane Bernier montrent que les organisations doivent modifier leur style de gestion et apporter un réel soutien au personnel si elles veulent être des *organisations en santé*. Ils illustrent cette thèse à partir d'enquêtes principalement auprès de travailleurs sociaux et de gestionnaires.

Selon Paul Langlois, une marge de manœuvre existe pour les intervenants des Directions de la protection de la jeunesse (DPJ) qui veulent conserver leur autonomie professionnelle malgré le lourd appareil d'encadrement qui caractérise les Centres jeunesse. Langlois analyse sur le terrain les trois principales conditions d'émergence de cette autonomie professionnelle.

Pour Paul-Antoine Bien-Aimé et Louis Maheu, il est difficile d'appliquer au travail social la grille d'analyse du taylorisme, car c'est occulter l'originalité d'une forme de travail qui met en relation un producteur et un usager du service. Cependant, ils constatent que les praticiens ne sont pas tous dans une situation qui leur permettrait d'intervenir avec l'autonomie professionnelle souhaitée.

Enfin, Claude Nélisse fait un plaidoyer en faveur de l'analyse du travail, plutôt que la recherche souvent vaine du *développement des ressources humaines*. L'analyse du travail est une démarche qui vise une représentation fidèle de ce qu'on fait réellement et de ce qui se passe effectivement dans une relation de service.

Un grand merci à Paul Langlois, du Centre jeunesse de Québec, d'avoir assuré avec moi l'encadrement et la définition de la problématique de ce numéro.

Bibliographie

- AUBERT, Nicole et Vincent DE GAULEJAC (1991). *Le Coût de l'excellence*, Paris, Seuil.
- BEAUPRÉ, André (1995). *L'impact sur la clientèle de l'intégration des CHSLD à des CH*, Université Laval, août, 143 pages.
- BÉLANGER, Jacques (1992). « Observations sur le dépassement du modèle traditionnel de gestion du travail », dans *La culture en mouvement : nouvelles valeurs et organisations*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 161-171.
- BÉLANGER, Paul-R. (1991). « La gestion des ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux : une impasse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 1, 133-140.
- CSN (1995a). *Travail en équipe et démocratie au travail*, rédaction par Michel Doré, Montréal, 122 pages.
- CSN (1995b). *Expérimentations syndicales dans la région de Montréal concernant l'organisation du travail*, 1^{er} mars, 63 pages.
- CSN (1991). *Prendre les devants dans l'organisation du travail*, CSN, 78 pages.
- FOURNIER, Jacques (1996). « Splendeurs et misères du virage ambulatoire », *Possibles*, vol. 20, n° 3, 66-83. On peut consulter ce texte sur Internet : <http://www.clsc.org/virage/VIRAGE2.html>
- FOURNIER, Jacques (1994). « De l'État-providence à l'État solidaire », *Possibles*, vol. 18, n° 3, 70-82.
- FOURNIER, Jacques (1991). « La démocratisation dans les établissements, côté cour, côté jardin », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 2, 163-171.
- FOURNIER, Jacques et Nicole HÉBERT (1993). « Le réseau de la santé et des services sociaux est-il mûr pour la gestion participative ? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, n° 1, 155-165.
- LAMARCHE, Paul (1996). Conférence à l'assemblée générale de la Fédération des CLSC, mai, 15 pages et annexes.
- LAPOINTE, Paul-André (1997). « Quand les syndiqués interviennent dans la gestion et l'organisation du travail », *La Presse*, samedi le 22 mars, cahier B.
- LARIVIÈRE, Claude (1997). *Personnalité et habiletés des cadres et styles de gestion des organisations du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides*, École de service social, Université de Montréal, janvier, 128 pages.
- LARIVIÈRE, Claude (1994). *Styles de gestion, satisfaction au travail et efficacité organisationnelle perçue dans 11 CLSC*, Thèse de doctorat (sociologie), Montréal, Université de Montréal.
- MICHAUD, Julien (1996). « Les fusions CLSC/CHSLD ou CLSC/CHCD : les économies potentielles versus les économies réelles », Fédération des CLSC, mimeographié, 16 pages.
- NADEAU, Jacques A. (1996). « Projet de loi 116 : des menottes aux poignets des établissements », *Artère* (Association des hôpitaux du Québec), déc.-janv.

- RENAUD, Marc et Louise BOUCHARD (1994). « Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, revue de l'ACFAS, vol. 15, n° 2, mars-avril, 15-25.
- RIFKIN, Jeremy (1996). *La Fin du travail*, Montréal, Boréal, 436 pages.
- ROCHON, Jean *et al.* (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 pages.
- SAINT-GEORGES, Claude (1998), cité dans : « Création de l'Association des CLSC et des CHSLD », *Interaction communautaire*, n° 44-45, hiver.
- TURGEON, Jean et Patrick SABOURIN (1996), « Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec: la place des regroupements inter-établissements », *Revue de l'Administration publique du Canada*, vol. 39.
- VAILLANCOURT, Yves (1993), « Trois thèses concernant le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, n° 3, printemps, 1-14.