

L'ÉVOLUTION DES SERVICES SOCIAUX DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux

Josée Grenier Mélanie Bourque

Avec la collaboration de Nathalie St-Amour

Professeures

Université du Québec en Outaouais

Campus Saint-Jérôme

16/12/2014

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	3
CHAPITRE 1 : remise en question de l'État providence et l'arrivée de la NGP - nouvelle gestion publique	9
Administration publique VS Nouvelle gestion publique	10
Chapitre II.....	16
Partie 1 : Le service social avant l'institutionnalisation des services de santé et des services sociaux	16
Très brève histoire des services sociaux au Québec avant les années 1960.	17
Le contexte sociopolitique des années 1960-1970 :	18
Commission Castonguay-Nepveu.....	21
La mise en place du système de santé et des services sociaux	23
Les services sociaux.....	25
La création des CLSC	26
Partie 2 Commissions, rapports et réformes	30
Période 1980-1990	30
Mise en contexte	31
La commission Rochon et les groupes de travail Brunet et Harnois	32
La Commission Rochon.....	32
Le pavement de la voie pour l'ensemble des réformes qui suivront.....	35
Le Rapport Brunet.....	37
Rapport Harnois	43
Les services sociaux dans les rapports de la commission et des groupes de travail	49
Les impacts des rapports Rochon, Brunet et Harnois	51
La réforme Côté	53
Contexte de la réforme Côté	54
La réforme orientée sur le citoyen	55
I- Le citoyen consommateur :	57
1-Reconnaître et respecter les droits des citoyens	58
II-Le citoyen décideur.....	59
III- Le citoyen payeur	62
Synthèse et critique de la réforme Côté :	63
<i>Synthèse</i>	63

Critique	65
La Politique de santé et du bien-être (1992) : une politique d'orientation	68
Critique de la politique de santé et bien-être	69
les CLSC, la suite.....	70
La Réforme Rochon (le rapport 1988 et la réforme de 1995) : structure, orientation et organisation des soins et des services	74
les CLSC, la suite.....	79
Les impacts sur le service social	82
PARTIE 3.....	85
Les années 2000	85
Les années 2000	86
Les deux groupes de travail en 1999 et en 2000	87
Le comité de travail Arpin	87
La Commission d'étude Clair.	90
Réforme de 2003 : La réforme Couillard ou l'application des principes de la NGP depuis le rapport Rochon ?	96
Les impacts sur le travail, l'organisation du travail et les services.....	102
Synthèse globale	113
Mouvance du service social : de la charité à la NGP.....	114
Conclusion	116
Bibliographie.....	124
Les Annexes :.....	142
Annexe 1 : Les partis au pouvoir de 1970 à ce jour.....	143
Annexe 2 : Contexte sociopolitique et impacts pour la pratique des services sociaux au Québec	144

INTRODUCTION

L'originalité du système de santé du Québec repose, entre autres, sur le fait qu'il inclut les services sociaux. En effet, dans les autres provinces canadiennes et dans la plupart des pays européens, les services sociaux sont généralement gérés comme une constituante indépendante de la santé. Cette particularité, même si elle avait été au départ décriée par les travailleurs sociaux eux-mêmes, a par la suite été relevée comme une des forces de ce système qui ne traitait pas les problématiques de santé et psychosociales en vase clos. Reste que, depuis 1971, plusieurs ont souligné le fait que la composante sociale du système était soumise à la composante sanitaire en partie en raison du statut du pouvoir biomédical dans les sociétés développées. Il n'en demeure pas moins que les services sociaux se sont installés au fil des ans comme une composante pleine et entière du système de santé et des services sociaux québécois (Prud'homme, 2011).

Cependant, on assiste depuis plus de 30 ans à la remise en cause du système de santé et des services sociaux. Les coûts de ce dernier constituent le principal cheval de bataille et poussent certains acteurs à remettre en cause l'universalité des services et à proposer la privatisation des soins et services comme solution. Dans ce contexte de rationalisation des dépenses publiques, plusieurs réformes, de plus ou moins grande envergure, ont été mises en œuvre par les gouvernements entre les années 1980 et 2015. Au moment d'écrire ces lignes, l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barette, annonce une nouvelle réforme d'envergure – une autre.

Certaines réformes sont plus marquantes. De la réforme Côté (1992) à la réforme Couillard (2003) en passant par le virage ambulatoire de Rochon, les budgets des services sociaux ont été réduits et l'organisation du système repensée, entre autres, par la création des Régies régionales de santé et leur substitution par les Agences de santé et des services sociaux en 2003. Par ailleurs, l'offre de services – les soins et les services destinés à la population – a largement été modifiée. La littérature aborde, et largement, les transformations des soins de santé du Québec, mais se fait plutôt discrète quant aux services sociaux et à l'intervention sociale. Pourtant, le travail

social est tributaire du contexte social, économique, politique et législatif et les politiques publiques exercent une influence marquée sur la discipline (Deslauriers et Hurtibise, 2002 : 11).

Dans ce contexte de vaste réduction des services publics, on peut sans aucun doute affirmer que les services sociaux représentent une des composantes du réseau de la santé québécois qui est parmi les plus durement touchées et par le fait même affaiblis en terme qualitatif par ces réformes successives. L'une des raisons repose sur un des principaux aspects de ces réformes : la nouvelle gestion publique comme mode administratif du système de santé et des services sociaux. C'est d'ailleurs cet aspect particulier des réformes que met en évidence cet ouvrage à l'intérieur de chacune des sections.

Le choix de cet angle s'explique avant tout par les impacts de la nouvelle gestion publique – NGP - sur la pratique du travail social depuis 1992. En effet, le travail social se trouve particulièrement atteint par la méthode de gestion qui prévaut actuellement dans les établissements, elle-même fondée sur la reddition de compte d'éléments quantifiables. De manière générale, on attribue à la réforme de 2003, mise en place à l'époque par le ministre de la Santé Philippe Couillard, la responsabilité des transformations. Toutefois, l'étude des rapports des commissions d'enquêtes et d'études, des groupes de consultation et des réformes indiquent toute autre chose. Et le contexte actuel est l'aboutissement d'une longue trajectoire de transformations de l'État.

Cet ouvrage a justement pour but de tracer l'évolution des services dans le réseau de la santé et des services sociaux, à partir des années 1980 jusqu'à ce jour. À notre connaissance aucune étude n'a exploré de façon historique l'évolution des services sociaux institutionnels des années 1970 aux années 2010. Plusieurs se sont penchés sur le secteur communautaire (Bourque, 2009), d'autres ont étudié des périodes spécifiques ou même l'évolution du travail social, dont Favreau (2000) et Mayer (2002). Certains comme Bourque (2009), Larivière (2007), Deslauriers (1991) et Richard (2014) se sont, quant à eux, penchés sur l'application et les impacts des

réformes, récentes ou plus anciennes, sur les services sociaux, le travail social et les destinataires de l'intervention.

Le travail social, l'intervention sociale, s'inscrit dans un travail de reliance, de coconstruction et de collaboration dans un but de mieux-être et d'amélioration des conditions de vie et d'existence des personnes, des groupes ou des collectivités. Dans cette perspective, le travail d'intervention se réalise ou devrait se réaliser à différents niveaux, afin que puisse émerger et se produire une succession de changements individuels, communautaires et structurels dans le but d'améliorer les conditions de vie des personnes et des membres d'une collectivité (inspiré de la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador, 2011).

Trois définitions du travail social permettent de mieux comprendre le travail social, sa portée et ses valeurs. La première définition provient du RUFUTSQ (1980) – Regroupement des unités de formation universitaire en travail social :

«Le travail social est une discipline pratique ayant pour objet les problèmes sociaux tels que vécus par des individus, des groupes et des collectivités, dans une perspective d'intervention collective ou individuelle axée sur le changement social» (p.22)

La seconde définition est issue de l'ACTS – association canadienne des travailleurs sociaux :

Le travail social est une profession orientée vers l'aide à des individus, des familles, des groupes et des collectivités dans le but de les aider à améliorer leur bien-être. Il s'engage à aider les individus à développer leurs habiletés et leur capacité d'utiliser leurs propres ressources et celles de la communauté pour résoudre leurs problèmes. Le travail social se penche sur des problèmes d'ordre individuel et personnel, mais aussi sur des questions d'ordre social plus vastes telles que la pauvreté, le chômage et la violence conjugale.

Les droits de la personne et la justice sociale sont les fondements de l'exercice du travail social. Le caractère unique de cette profession réside dans l'amalgame de certaines valeurs, connaissances et habiletés, y compris l'établissement d'une relation comme base de toutes les interventions et le respect des choix et des décisions des clients. (ACTS, s.d.)

La toute dernière définition possède une dimension internationale. Les travailleuses sociales sont appelées et de plus en plus, à intervenir avec des personnes migrantes, volontaires et involontaires. Certaines interviennent aussi à l'étranger, avec des populations déplacées, dans des régions conflictuelles. Cette définition provient de IASSS – international association of school of social work :

Le Travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous (IASSW, 2014).

Les services sociaux incluent différentes pratiques : psychosociales, psychologiques et psychoéducatives destinées à soutenir le développement et le mieux-être psychosocial des personnes. Ces services comprennent des pratiques éducatives ou préventives; adaptatives ou rééducatives; d'entraide et de soutien servant à assurer une protection sociale; d'animation et d'action et d'organisation communautaire axées sur l'amélioration des conditions de vie des personnes et des collectivités (Coalition solidarité santé, 2011). On remarque, en consultant le corpus, une évolution dans le champ du travail social sur les plans théoriques, méthodologiques et des pratiques depuis l'instauration de l'État providence.

Un corpus important a permis de retracer l'évolution des services sociaux au Québec. Plusieurs sources primaires telles que les textes de loi et les rapports des commissions d'enquête et de groupes de travail, certains Livres blancs et documents gouvernementaux. Des sources secondaires, scientifiques ou éditoriales, en complémentarité aux sources primaires, ont aussi permis d'analyser les transformations de la courte histoire des services sociaux québécois.

Afin de centrer le sujet en discussion, certains aspects relatifs à la mise en place du système public ont été repris, entre autres, la Commission Castonguay-Nepveu, tout en incluant certains éléments datant un peu avant cette période. Encore une fois, ce

sont les éléments jugés par les auteurs les plus pertinents et non la totalité de l'histoire qui a ici été réécrite.

Cet ouvrage tente ainsi de comprendre comment les réformes ont affecté les services sociaux dits institutionnels, donc pratiquer au sein même du système. Si les publications abondent sur la question du travail social en milieu communautaire, peu d'étude traite de l'impact des changements institutionnels sur le travail social. C'est ce qu'on a tenté de faire en effectuant au préalable un retour sur la création du système de santé et des services sociaux et de la pratique du travail social pour ensuite mieux comprendre l'évolution du réseau. Pour permettre de bien comprendre la suite, le chapitre 1 portera la nouvelle gestion publique. Il propose une explication sur l'origine ainsi qu'une définition de ce nouveau mode de gestion que certains qualifient d'idéologie ainsi que les principaux facteurs sur lequel il repose. Les chapitres subséquents suivront l'historique du système de santé et des services sociaux. Pour bien comprendre comment les changements se sont imposés à travers les différentes réformes, chaque partie porte sur une période donnée soit de 1985 à 1999 et de 2000 à 2014. Ces deux parties suivent l'évolution des services sociaux en tenant compte des grands débats qui s'expriment par la mise sur pied de Commission d'enquête et de groupes de travail à travers lesquels on voit l'importance des services sociaux s'étioler au fil du temps. Les Commissions d'enquête et les groupes de travail permettent aux gouvernements en place de trouver des solutions aux problèmes qui émergent selon les conjonctures sociales et économiques. La multiplication du recours à ces mécanismes de consultation pour résoudre les maux du système de santé montre deux choses. La première est la chronicité des problèmes auxquels fait face le réseau de la santé et des services sociaux. L'autre, moins explicite, suggère que les gouvernements successifs tentent d'imposer de nouvelles idées quant aux orientations qui doivent être adoptées. De ce fait, les gouvernements peuvent multiplier les recours aux modes de consultations dans le but d'imposer des réformes dans certains secteurs de l'action publique. Les rapports produits par ces commissions ou groupes sont d'ailleurs porteurs des valeurs et des visions du monde que comportera le secteur pour les années à venir (Jenson, 1994). Les services

sociaux sont ainsi dans chacun des rapports produits par les différents mécanismes de consultation porteurs de vision particulière.

La suite de l'ouvrage procédera à l'analyse des changements insufflés par les réformes donc les nouveaux mécanismes imposés par la transformation de l'action publique. Enfin, on abordera, toujours dans chacune des parties, la question de l'impact de ces réformes sur la pratique du travail social.

De plus, chaque partie comportera une section particulière sur les CLSC, lieu de déploiement, même si ce n'est pas le seul, de l'intervention sociale et communautaire.

Les CLSC sont mis en place sur une longue période soit de 1971 à 1988, un lent déploiement, malgré une promesse d'être rapidement implantés (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2005 ; Bourque, 1988). Ces établissements sont confirmés, avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, établissement de première ligne et doivent agir en complémentarité avec les autres établissements – hôpitaux, CPEJ et cabinets privés de médecin. Les autres établissements, de seconde ligne, sont sur référence, sauf la CPEJ – centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – ancien CSS. Les CLSC se développeront en trois vagues. La première vague a lieu de 1972 à 1975 et, dès 1974, on procède à un premier bilan sur la performance des CLSC. Malgré certains ratés, on s'entend sur la pertinence de poursuivre le développement de ces établissements. La seconde vague des CLSC se déroule entre 1981 à 1986, avec la publication du Ministère intitulée *Le réseau des CLSC au Québec : un parachèvement s'impose*. Et la troisième vague a lieu à la fin des années 1980 avec le transfert des effectifs des DSC et des CSS. Le délai dans le parachèvement des travaux, entre la deuxième et troisième vague, relève d'une décision de la ministre Lavoie-Roux.

Ce parcours historique permettra de saisir l'importance des réformes pour le travail social au sein même du système de santé et des services sociaux.¹

¹ Par ailleurs, même s'il est plutôt rare de mentionner en introduction la contribution de certains auteurs à un document, nous dérogeons ici à cette règle. Ce document n'aurait pu être rédigé sans la lecture de nombreux textes et auteurs qui ont avant nous

CHAPITRE 1 : REMISE EN QUESTION DE L'ÉTAT PROVIDENCE ET L'ARRIVÉE DE LA NGP - NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Les années 1970 et 1980 ont été témoins de grands bouleversements économiques et sociaux. Le choc pétrolier engendre une crise économique sans précédent depuis les années 1930, les taux de chômage et d'intérêts ainsi que l'inflation grimpent en flèche. En même temps, des transformations sociales importantes se manifestent. L'éclatement des familles, travail des femmes, immigration nouvelle, droit des LGBT. La recherche de reconnaissance de statut particulier de ces groupes qui se positionnent dorénavant en ayants droit transforme les rapports sociaux. Ces mutations économiques et sociales provoquent l'apparition de nouveaux risques sociaux comme le chômage de longue durée. Ces phénomènes économiques et sociaux déclenchent la remise en question de l'administration étatique dans son ensemble. On assiste dès lors à la remise en cause de l'intervention de l'État.

La crise économique se manifeste par une crise des finances publiques dans les pays développés. Les États ont rapidement été à la recherche de stratégies de sortie de crise. La solution est alors d'adopter les pratiques économiques et sociales proposées par les tenants du néolibéralisme. Ces idées reposent entre autres sur les idées des économistes orthodoxes comme Hayek et Friedman et sur une vision du monde qui s'appuie principalement sur la responsabilité individuelle qui critique la présence de l'État dans l'économie (Dostaler, 2001). Thatcher et Reagan ont été les premiers à imposer cette nouvelle forme d'intervention de l'État en réduisant les impôts et les budgets alloués aux programmes sociaux et en procédant à la privatisation de plusieurs secteurs.

Au Canada et au Québec, on a également procédé à ce type de réformes. On peut penser à la privatisation de la compagnie Air Canada à la fin des années 1980 ou à celle du CN et à toutes les réformes de la protection sociale comme la réforme de

traversé l'histoire ; nous les remercions, ainsi que plusieurs personnes qui ont su si généreusement partager, au cours des derniers mois, différents documents de travail.

l'assurance-chômage au fédéral et de l'aide sociale au provincial qui ont eu lieu au cours des années 1990.

Cette nouvelle forme d'intervention qualifiée, par certains, de néolibérale est accompagnée par une remise en cause de l'administration publique qui est fortement attaquée par les tenants de ces idées qui associent les fonctionnaires à une perte de pouvoir des politiciens (Aucoin, 1995). Ces derniers veulent reprendre le contrôle sur la prise de décision politique. Les politiciens se tournent alors vers le secteur privé pour y trouver des solutions de bonne gestion et de bonne gouvernance.

ADMINISTRATION PUBLIQUE VS NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Il n'est pas nécessaire ici de faire l'histoire de l'administration publique, mais il est tout même important de rappeler que la Nouvelle gestion publique s'impose, entre autres, grâce à ses critiques de l'administration classique définie par Weber. La remise en cause de cette dernière ne s'est pas faite de manière organisée, mais la recherche de solutions dans une période de crise se fera au sein du secteur privé. D'une part, les politiciens qui veulent prendre le contrôle des prises de décisions rejettent les principes de l'administration précédente (weberienne). D'autre part, les tenants de la NGP critiquent fortement l'administration classique considérée comme beaucoup trop hiérarchique, lourde et trop assujettie aux processus. En effet, l'administration dite weberienne est avant tout fondée sur la l'autorité légale rationnelle qui permet le contrôle de l'administration et assure les principes de la gestion dans une démocratie (Merrien, 1999). L'accent mis sur la vérification des processus y est essentiel pour que le politique puisse assurer le contrôle. En fait, dans ce type d'administration publique les élus sont considérés comme responsables de ce qui se déroule sous leur gouverne. Si une erreur est commise par leur administration, c'est eux qui en sont tenus pour responsable parce qu'ils assurent la représentativité. Cela permet au fonctionnaire d'effectuer son travail de manière neutre et dépersonnalisée dans une organisation qui repose sur le principe de l'autorité rationnelle-légale qui s'appuie sur les règles de droit définies par Weber et qu'il distingue de l'autorité charismatique qui relève du sacré ou de l'autorité traditionnelle reposant par exemple sur l'autorité du père. L'aspect rationnel-légal

n'est pas abandonné complètement par la nouvelle gestion publique, mais on introduira de nouveaux préceptes qui transformeront l'administration publique de manière considérable, celui du marché. En effet, inspirés par les principes économiques 3D : *downsizing, devolution, defunding* développés par les « théoriciens » de la NGP, les tenants francophones développeront des principes équivalents; 3E : *économie, efficacité, efficience*. La nouvelle gestion publique s'imposera comme la nouvelle façon de faire dès les années 1980. Elle n'est pas nécessairement définie exactement de la même manière par les chercheurs, mais tous convergent vers certains éléments. Cinq dimensions ont été identifiées aux fins de cet ouvrage.

- **Décentralisation/Fragmentation de la prise de décision**

- Pour atteindre une plus grande efficience, on procède à la création d'unités de gestion autonomes avec des budgets dédiés- les Agences de santé et de services sociaux - ou par la contractualisation de services avec le secteur privé ou communautaire, partenariat public/privé. Ceci s'accompagne de la dévolution de pouvoir, aux gestionnaires de ces organisations qui gèrent (rowing) alors que les politiciens pilotent de plus loin (steering). Les élus se retirent en partie de la gestion des affaires publiques pour les contrôler de plus loin, cela engendre une certaine limite quant au pouvoir central et remet une partie de l'imputabilité entre les mains des fonctionnaires, ce qui peut dégager les décideurs de certaines de leurs responsabilités.

- **Coordination horizontale**

- Plutôt que sur l'administration coordonnée de manière hiérarchique la NGP est fondée sur la coordination horizontale et met l'accent bien que ce soit de manière très contrôlée sur l'innovation des acteurs de la fonction publique. On aura alors tendance comme dans le secteur privé à nommer des « champions ».

- **Utilisation la mise en concurrence**
 - Mise en concurrence entre les établissements publics et entre les organisations communautaires et même privées par le biais d'appels d'offres, de demande de financement, etc. Dans certains cas, on assiste à la création de marché ou de quasi-marché.
- **Approche client et contrôle de la qualité**
 - La production de services doit être de qualité et centré sur la satisfaction du client consomme ceux-ci. De cette manière, les fonctionnaires deviennent des « agents publics » soumis aux indicateurs de performance. L'orientation des activités administratives en fonction des produits à fournir et les usagers sont maintenant des clients assimilés à des consommateurs. L'évaluation est donc effectuée en fonction de satisfaction du « client ».
- **Assurer l'efficacité par la mesure de la performance et la gestion par résultats**
 - La gestion par résultats permet à l'administration publique de fixer des cibles et de les atteindre et donc de mesurer la performance ainsi que l'efficacité du système. Ce type de gestion est essentiellement quantitatif et vise à atteindre des cibles dans le but de contrôler les coûts et d'assurer une reddition de compte très stricte.
(Hood 1991; Merrien 1999; Pollitt 2000; Larivière, 2007; Chénard et Grenier, 2011)

La nouvelle gestion publique s'installe ainsi peu à peu comme principale manière de faire dans toutes les administrations publiques des démocraties occidentales (Pollitt, Bouckart, 2000). Selon Jacques Chevallier (1986, 2004), la NGP se distingue par ses finalités inscrites dans l'idée d'efficacité qui vise principalement à rendre l'administration publique plus performante. Le Québec ne fera pas exception puisque progressivement, les principes d'efficacité, de performance et de résultats seront de tous les discours et dans l'administration des services publics (Rouillard et coll., 2004).

Si la NGP s'est développée dans la majorité des démocraties occidentales, le Québec n'a pas échappé à la vague. À partir des années 1980, les 3E seront effectivement appliqués à l'ensemble des programmes et services de l'administration publique québécoise. En mai 2000, le gouvernement québécois, se donne toute la latitude requise pour modifier l'administration publique avec la nouvelle loi sur l'administration publique, la Loi 82, réorganisant entièrement les rapports entre l'appareil d'État et les citoyens (Piron, 2003). Cette loi destinée à toute la fonction publique québécoise reprend les principes de la nouvelle gestion publique, c'est-à-dire une gestion empruntée au modèle du nouveau management privé, mais adaptée, tant bien que mal, à l'administration publique. Selon cette loi, la finalité de l'action vise l'amélioration des services aux citoyens et la satisfaction de la clientèle (Piron, 2003). Cette orientation se retrouve dans une politique axée sur le citoyen où le ministre fait état de la nécessité d'une saine gestion publique. L'article 1 de la loi 82 énonce clairement ces propos :

« La présente loi affirme la priorité accordée par l'administration gouvernementale, dans l'élaboration et l'application des règles d'administration publique, à la qualité des services aux citoyens; elle instaure ainsi un cadre de gestion axé sur les résultats et sur le respect du principe de la transparence. » S'engageant à devenir « moderne, dynamique et concurrentielle », dans le « peloton de tête des pays à l'économie compétitive », selon les termes du ministre responsable, la fonction publique doit apprendre à traiter les citoyens, leurs attentes et leurs besoins avec le même respect que... celui voué par l'entreprise privée (performante, peut-on espérer) à l'endroit de ses clients ».

La loi sur l'administration publique adoptée en 2000 a d'ailleurs été inspirée en grande partie par une certaine conception du management qui se présenta comme la réponse aux dysfonctionnements des services publics (Gow, 2008). L'État a graduellement versé dans cette logique managériale en empruntant des concepts et des techniques propres à l'entreprise privée qui aurait démontré leur efficacité dans certaines entreprises, dont Toyota. Le secteur public québécois s'engage dans une réforme managériale à travers la réingénierie de ses activités et de ses processus administratifs entrepris en 2003 par le premier ministre Charest affirmant vouloir réformer l'État québécois trop accroché aux idéaux de la Révolution tranquille. Il

propose la réingénierie de l'État comme réforme. Son projet très controversé à l'époque sera réorienté et il appliquera plutôt ce qui sera connu comme le plan de modernisation de l'État.

Cette réorganisation administrative au-delà de la recherche d'efficacité dans la prestation des services constitue une « redéfinition de la capacité d'intervention et de régulation de l'État québécois » (Rouillard, Fortier, Gagnon et Montpetit, 2004 : 2). Les retombées sont plus étendues que la conception managériale puisque l'État, par cette loi, vient modifier son rôle et « l'héritage politico institutionnelles » (Rouillard et coll., 2004 : 2). Les services de santé et les services sociaux n'échappent pas à la NGP. Les exigences d'efficacité et d'efficience en matière de productivité visent une meilleure performance organisationnelle par la mise en place d'une culture d'entreprise misant sur des valeurs de responsabilité de l'imputabilité des employés (es) en insistant sur le travail d'équipe, la participation, le respect de l'autorité et de la hiérarchie, la productivité, l'excellence et les résultats à atteindre (Parazelli et Dessurault, 2010).

Cette nouvelle logique managériale s'inscrit dans de nouveaux modes organisationnels, et tels que rapporté plus haut avec de nouvelles valeurs managériales : productivité, efficacité, efficience, rentabilité, mobilité forcée. La NGP engendre également des effets sur les conditions de travail des personnes : précarisation et incertitude des emplois – emplois temporaires, chômage – augmentation de la charge de travail, isolement des travailleurs, compétitivité entre les travailleurs – meilleur rendement, déstructuration des solidarités entre les salariés (Desjours rapporté par Aizicovici, 2009), manque de reconnaissance, etc. (Richard, 2014).

En effet, depuis la reconfiguration de l'administration publique amorcée par la nouvelle gestion publique (NGP) à la fin des années 1980, la recension des écrits en Europe et en Amérique du Nord sur le sujet établit des liens entre la managérialisation des services de santé et des services sociaux et l'émergence d'une souffrance psychique et morale au travail (Gonin, Grenier et Lapierre, 2013). Comme le rapportent Parazelli et Dessurault (2010 : 15.) la NGP conduit à

«... renforcer les règles, contenir les interventions des travailleurs, cadencer la mise en place des plans d'interventions individualisés, et mesurer le non mesurable ; le but ne semble pas de soutenir les intervenant.e.s... que de veiller à une application serrée de la commande» En relativement peu de temps, l'administration publique s'est transformée presque à notre insu. De réforme en réforme, l'État initialement solidaire du citoyen s'inscrit en État partenaire avec une logique libérale et marchande. Les transformations n'ont de cesse et s'exerce de manière plus brutale.

Comme il a été dit plus haut, cette analyse politique et sociale des impacts des réformes sur les services sociaux et dans champ du travail social et des pratiques permet de mieux comprendre la succession des transformations, les orientations et valeurs privilégiées par l'État. Ce rétrospectif historique sur les réformes ne peut qu'être bénéfique pour mieux comprendre et analyser les choix des gouvernements.

CHAPITRE II

PARTIE 1 : LE SERVICE SOCIAL AVANT L'INSTITUTIONNALISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TRÈS BRÈVE HISTOIRE DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC AVANT LES ANNÉES 1960.

L'histoire du service social au Québec et de son organisation montre l'implication de différents acteurs. À la fin du dix-huitième siècle et au début du dix-neuvième, l'Église a joué un rôle de premier plan. À cette époque, le fardeau de l'épreuve relatif à la maladie, à la pauvreté incombe à l'individu, à sa famille. L'assistance sociale repose sur une organisation d'hommes et de femmes - curés, *comités des pauvres* – au sein des paroisses. À cette époque les ressources dépendent des milieux et la redistribution faite laisse souvent place à l'arbitraire, perpétuant les inégalités, et demeure insuffisante. À partir des années vingt, les municipalités s'impliquent. En 1921, la loi de l'Assistance publique² élargit l'accès aux démunis en institution par un mode de financement tripartite : gouvernement, municipalités, établissements – l'indigent valide doit assumer ses responsabilités. On reconnaît, pour une catégorie de la population en besoin d'aide, la fonction publique de l'Assistance³. Malgré certaines tentatives telles que la publication de rapports issus de la Commission d'enquête Montpetit au cours des années 1930 (Petitclerc, 2012), jusqu'au milieu des années 1950, les interventions du gouvernement seront jugées disparates et peu rationnelles. L'État joue un rôle supplétif, laissant les initiatives aux communautés religieuses et au milieu privé. En fait, tous les établissements de santé et de services sociaux appartiennent aux communautés religieuses ou aux communautés laïques chez les anglophones (White, 1992). Puis, le gouvernement du Canada s'inscrit dans le mouvement de la mise en place de l'État providence avec deux mesures,

² Au niveau de la santé publique, l'administration provinciale est intervenue tôt, en créant, en 1834, le premier hôpital fondé par L'État et administré par des laïcs : Hôpital de la Marine de Québec. La Loi de l'hygiène publique arrivée en 1866 met sur pied le Conseil d'hygiène en 1887 qui vient diriger les bureaux d'hygiène municipaux. Ces initiatives sont le début d'une suite d'interventions législatives et financières de la province (Québec, 2009). Puis, le Conseil d'hygiène est remplacé, en 1922, par le Service provincial d'hygiène, suite à l'adoption de la Loi d'assistance publique, en 1921. Cette loi exige des municipalités à hospitaliser les indigents. Le gouvernement, les municipalités et les institutions de charité se répartissent les frais d'hospitalisation (Québec, 2009).

³ En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme est adoptée par les Nations Unies. L'article 25 se rapportant à l'assistance publique se lit comme suit : « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* » (Déclaration universelle des droits de l'Homme).

l'assistance chômage, en 1956, et l'assurance hospitalisation, en 1957. Il faudra attendre les années soixante, avec la mort de Duplessis et *la fin de la grande noirceur*, pour entamer une réflexion profonde qui conduira à des réorientations capitales sur le plan politique, social, économique et culturel pour le Québec.

LE CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DES ANNÉES 1960-1970 :

Au Québec les années 1960-70 sont associées à la période de la Révolution tranquille. Elles sont définies comme des années de grands bouleversements à la fois sur le plan sociologique et politique et économique pour la société québécoise. Bouleversements qui ont conduit certains chercheurs à qualifier cette période d'entrée dans la modernité comme si la société québécoise avait rompu avec la tradition imposée par le clergé et le gouvernement de Maurice Duplessis jusqu'en 1960. La Révolution tranquille serait donc une « révolution idéologique » (McRoberts et Posgate, 1983) soit celle de l'abandon du traditionalisme prôné par le gouvernement Duplessis. D'autres l'ont plutôt associée à la mise en place, certes un peu plus brutale qu'ailleurs, de l'État providence⁴. Ces auteurs mettent en quelque sorte un bémol sur l'entrée brusque de la société québécoise dans la modernité, qui est, selon eux arrivée bien avant, entre autres avec le Refus Global (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1991). Ceux-ci mettent plutôt l'accent sur le développement accru de l'intervention de l'État durant cette période. Intervention qualifiée de providentialiste. L'idée n'étant pas ici de prendre position, mais d'exposer le débat et de montrer l'importance de cette période pour les chercheurs qui s'y sont penchés.

Sur le plan sociologique, plusieurs transformations sont au cœur de la Révolution tranquille. Tout d'abord, sur le plan démographique, les enfants de l'après-guerre (Baby Boom) arrivent à la majorité et forment une partie importante de la population active. De plus, il s'agit de l'enregistrement de la première baisse significative du taux de natalité au Québec. On rejette également certaines valeurs traditionnelles, mais la famille demeure toujours une institution centrale sur le plan des rapports sociaux et économique, elle est toutefois fondée sur un modèle traditionnel, soit

⁴ L'État providence (Merrien, 2005)

nucléaire avec un père pourvoyeur responsable de la sphère publique et rémunérée et une mère responsable de la publique et domestique. Dans ce contexte, l'urbanisation représente un phénomène important. Le développement économique repose entre autres sur l'industrialisation, le développement de la société de consommation, le déploiement des villes et de banlieue et du travail salarié.

Sur le plan idéologique, plusieurs idées jadis dominantes font l'objet de remises en question profondes. Les nouveaux courants de pensée marquent une rupture importante avec les idées conservatrices et traditionnelles qui avait qualifié la société québécoise. Ainsi, l'abandon progressif des valeurs catholiques exprimé par la jeune génération marque une des ruptures les plus importantes avec la tradition. Elle s'accompagne d'ailleurs d'un rejet plus général de l'autorité telle que l'autorité paternelle. La séparation de l'Église et de l'État dans la prise de décisions publiques est au cœur des revendications des mouvements sociaux. Dans ce même esprit, le mouvement féministe proposera une version plus radicale de ses revendications en tentant de faire de l'univers domestique une affaire politique. Elles revendiqueront entre autres le droit de disposer de corps dans leur sexualité, le droit à l'avortement, mais également l'égalité pleine et entière avec l'autre sexe. On assiste alors à une remise en cause profonde des relations entre les genres. Les idées marxistes marquent également le Québec de cette période. Plusieurs groupes s'identifiant à cette idéologie dans le secteur communautaire et dans des mouvements plus larges revendiquent alors des transformations de l'organisation sociale et économique. On assistera donc à une profonde remise en question des valeurs traditionnelles qui donneront lieu à la prise en compte de l'individu dans son besoin d'épanouissement. Il est important de souligner que le Québec ne vit pas ces changements de manière isolée. La Révolution de mai 68 en France en est un exemple ainsi que le mouvement contre la guerre du Viet Nam (peace and love) aux États-Unis dont l'emblème est le bed inn de John Lenon et Yoko Ono à Montréal en 1969.

À cette époque, « les années de l'âge d'or du pacte social » (Vaillancourt, 1988 : 4), l'État québécois, prospère sur le plan économique adopte une intervention de type providentialiste. Jusqu'alors non-interventionniste, l'État agira, à partir de ce

moment, comme un levier de changement économique et social. Le Québec se dote alors de politiques réformatrices avec des régimes d'assistance et des programmes d'assurance sociale, protégeant le citoyen *contre* les divers risques sociaux soit le chômage, la vieillesse et la maladie dans une perspective de justice sociale. Déjà en 1963, le rapport Boucher, comme il a été mentionné plus haut, formulait les bases d'une politique sociale où l'État est maître d'œuvre – mandataire et organisateur – où le bien-être social s'inscrit dans la croissance économique et le progrès social (Dubois et Denis, 2001). La réponse aux problèmes sociaux s'élabore autour des nouvelles politiques publiques devenues nécessaires et possibles par la croissance économique qui permettra d'assurer le financement des dépenses (Favreau, 2000 : 38).

« Sur le plan politique, c'est le gouvernement de Jean Lesage, qui dirige alors le Parti libéral qui est à la source de l'institutionnalisation des changements revendiqués par les mouvements sociaux. Les années 1960-70 sont le témoin de la construction d'un État interventionniste sur le plan économique et social. Plusieurs commissions d'enquête sont d'ailleurs mises sur pied par le gouvernement dans le but de trouver les meilleures solutions possible aux problèmes publics. L'État québécois et sa fonction publique se déploient ainsi de manière accélérée : système d'éducation publique (1964 fondation du ministère de l'Éducation du Québec), Société d'assurance automobile du Québec (1978), Hydro-Québec (nationalisation en 1963), CSST (1979), RRQ (création 1965, entrée en vigueur 1^{er} janvier 1966) ».

L'ensemble de ces politiques a pour but de protéger les citoyens contre les risques associés à la vie en collectivité (chômage, maladie, vieillesse). Elles sont d'ailleurs liées à certaines valeurs propres à l'État providence que sont la justice sociale et l'égalité. Même si le gouvernement fédéral avait commencé à intervenir en développant une protection sociale providentialiste dans les années 1940 avec la création d'un programme d'assurance-chômage, les pensions de vieillesse ainsi que les allocations familiales, le Québec développe un système de protection sociale provincial. Ainsi, avec le soutien financier du fédéral, dont le Programme de Financement Établi et le RAPC, on développe le programme de Bien-être social 1966. Dans cette période de grands changements, le secteur de la santé et des services sociaux, comme celui de l'éducation d'ailleurs, feront l'objet d'une Commission d'enquête. C'est en 1966 que la Commission Castonguay-Nepveu qui

est chargée de faire une enquête sur l'ensemble des services de santé et des services sociaux débute ses travaux.

COMMISSION CASTONGUAY-NEPVEU

Il importe de préciser qu'en 1961, le fédéral, chevauchant de temps à autre les juridictions constitutionnelles des provinces (Bélanger, 1992), a adopté la Loi sur l'assurance hospitalisation – régime universel d'assurance-hospitalisation – dans un partage des coûts à 50% avec les provinces. Toutefois, en adhérant à ce programme proposé par le fédéral, en 1961 – assurance hospitalisation et accès universel à des services hospitaliers gratuits –, le Québec et les autres provinces ont rapidement constaté les impacts de cette assurance ; les coûts onéreux des soins hospitaliers ; entre « 1961 et 1965, les coûts du programme d'assurance-hospitalisation doublèrent » (White, 1992 : 11). On rendait gratuit et universel les soins les plus dispendieux dans le système et, pendant ce temps, les visites chez le médecin de famille devaient être défrayées par les personnes elles-mêmes ou, pour celles qui en ont les moyens, une assurance personnelle (Bélanger, 1992). Comme l'indique Bélanger (1992), on voit rapidement les tares d'un tel système. Dans ce contexte, les personnes avaient avantage à être rapidement orientées dans un centre hospitalier vers un spécialiste ou être admises par le biais des urgences. Constatant les effets onéreux de cette loi, et la pression exercée par le gouvernement fédéral en faveur d'une politique d'assurance-maladie, le gouvernement du Québec met en place dès 1966 une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

En 1966, on attribue à la commission Castonguay –Nepveu le mandat de revoir le secteur de la santé et des services sociaux. La Commission doit **évaluer l'applicabilité** au Québec de la Loi sur les soins médicaux instaurée par le gouvernement fédéral en 1966, laquelle engage le fédéral à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux; l'autre partie des coûts étant assumée par les provinces. La Commission doit également réfléchir et penser une organisation dont les coûts ne prendront pas une pente exponentielle et hors contrôle (Bélanger, 1992). Bien entendu, cette question des coûts comporte une grande complexité,

dépassant largement ceux de la santé et des services sociaux pour inclure la sécurité du revenu, le logement, la réglementation des professions (Bélanger, 1995). Le défi n'est pas simple et de nombreux enjeux figurent au tableau, d'une part la nationalisation des différentes institutions, d'autre part, la distribution des services de santé et des services sociaux pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, la rationalisation et le contrôle des dépenses.

La Commission s'échelonna de 1966 à 1972. Dans l'ensemble, elle a le mandat d'élaborer une politique d'assurance-maladie, une réforme globale du système de services médicaux et sociaux, et une nouvelle politique visant les professionnels, les paraprofessionnels, et l'établissement des modalités de leur rémunération. La Commission doit également présenter des moyens de participation civique dans la gestion des établissements et un plan de régionalisation des services (White, 1992).

En 1970, la Commission Castonguay termine ses travaux et le Québec adopte l'assurance maladie⁵. La Commission recommande un système de santé publique, gratuit, accessible et universelle et des orientations majeures pour diriger l'action sur les déterminants de la santé. Le statut, l'organisation et l'administration des institutions et des professions de la santé et des services sociaux sont revus en profondeur ; c'est-à-dire tous les établissements offrant des services sociaux au Québec. On assiste durant la même année, soit en 1970, à la création d'un ministère des Affaires sociales s'occupant des services sociaux, de l'aide sociale et de la santé.⁶

⁵ Le Québec adhère à l'assurance maladie, toutefois cette décision continue de peser dans l'évolution du système de santé (Bélanger, 1995) : « ce régime était fondé sur la rémunération à l'acte des interventions médicales... Elle entérinait à toutes fins utiles la liberté de pratique médicale, et la reconnaissance d'un statut tout à fait spécial pour les médecins qui pratiquent à l'acte même, si ce sont aussi des travailleurs de la santé » (Bélanger, 1992 : 51). Par ailleurs, « Une analyse de l'évolution des coûts du système depuis sa naissance montre que les médecins ont connu une augmentation importante de revenu à la suite de l'instauration de l'universalité de l'assurance-maladie, surtout en conséquence de l'augmentation du nombre de services offerts » (White, 1992 : 14). Par ailleurs, deux milliards ont été consacrés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec aux médecins en 1990, professionnels qui gouvernent par ailleurs l'utilisation des installations et des équipements hospitaliers. En 1986-1987, 68,3 % des coûts du système proviennent du recouvrement de la santé. Donc, une fois le coût des services médicaux acquitté, il ne reste que 28 % du budget pour les services sociaux et les services de prévention. Cela représente une augmentation de seulement 0,5 % depuis dix ans (White, 1992 : 15).

⁶ L'aide sociale a été prise en charge par un autre ministère, celui de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, prédécesseur du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Le projet de loi 65 sur « l'organisation des services de santé et des services sociaux » est une réforme maîtresse qui vient regrouper les anciens ministères sous le nom du Ministère des Affaires sociales. En 1971, l'Assemblée nationale adopte la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

LA MISE EN PLACE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'État met en place un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens (Pelchat et coll., 2008). L'universalité et la gratuité des services sont fondées sur des principes de justice et de solidarité sociale. Avec cette loi, on reconnaît la santé comme un droit universel, légitime et incontestable. Avec l'adoption de la loi sur les Services de santé et les services sociaux de 1971, le gouvernement souhaite favoriser le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population. On assiste alors à une nouvelle configuration dans l'organisation sociosanitaire, une réforme marquante (Gaumer et Desrosiers, 2004).

La réforme Castonguay modifie en profondeur l'ensemble du système sociosanitaire qui s'inscrit comme une « véritable petite révolution institutionnelle » (Jetté, 2008 : 69) ;

« [...] l'État s'appropriait le contrôle et la gestion des services de santé et des services sociaux, remplaçant de ce fait l'hégémonie traditionnelle des communautés religieuses et du corps médical par un nouvel équilibre fondé sur une redistribution du pouvoir entre gestionnaires, professionnels de tous genres, personnel non clinique, usager et représentants issus de différents corps électoraux » (Larivière, 2007 : 54).

La réorganisation des institutions se réalise à partir de composantes privées et communautaires, éparses et sous-développées (White, 1992), encore sous une forte emprise religieuse (Jetté, 2008). Les choses changent rapidement après 1973. À partir de ce moment, des réformes publiques, inspirées par la commission Castonguay-Nepveu provoquent l'étatisation du travail social (Prud'homme, 2008). La loi de 1971 vient regrouper tous les services sociaux dispersés dans quarante-

deux agences diocésaines, et dans différents établissements et organismes : CSS, centres hospitaliers, commissions scolaires, centres d'accueil, cliniques d'aide à l'enfance, services de probation juvénile, consultations conjugales et services aux immigrants. Quatorze centres de services sociaux sont créés dans les différentes régions du Québec, dont trois à Montréal pour les communautés francophone, anglophone et juive et les services spécialisés, de deuxième ligne (famille, enfance, alcoolisme et personnes âgées) sont centralisés sur le plan régional (Mayer, 2002).

Parallèlement, au regroupement des services sociaux, les CLSC se développent et les intervenant.e.s ont le mandat de mettre sur pied différents programmes de prévention sanitaire et sociale (Mayer, 2002).

Cette décennie se caractérise essentiellement par une prise en charge étatique du réseau sanitaire (Poulin, 1982 : 17 cité par Mayer, 2002 : 313). L'État se permet à titre de principal bailleur de fonds d'imposer des lois et règlements à l'ensemble du réseau sanitaire dirigé comme « un ensemble organique intégré » (Mayer, 2002 : 313)⁷. Les services sociaux sont maintenant perçus comme des services publics.

Les travailleurs sociaux dénoncent cette entreprise, et présentant les nouveaux CSS comme une gigantesque bureaucratie qui réduit l'autonomie des professionnels par une lourdeur administrative au détriment de « l'intervention clinique » (Prud'homme, 2008 : 103; Mayer, 2002). Les récriminations à l'égard de ces transformations sont nombreuses ; on décrit l'étatisation des années 1970 comme une rupture

⁷ G. Renaud (1978) résume de manière intéressante les principaux points du rapport Boucher et des rôles qu'assume maintenant l'État en démontrant les retombées : rôle de premier plan assumé par l'État dans la configuration des services sociaux et de santé, le renversement idéologique dans la distribution des services, les rapports nouveaux entre les acteurs de l'État et l'église et l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles (Mayer et Groulx, 1987 : 17) . Par ailleurs, un autre aspect qui n'est pas traité dans ce document, mais qui mérite d'être cité est la loi 24 « La loi qui jusque-là légiférait la situation des enfants était appliquée par la Cour du Bien-être social et datait des années 1950; quant à la Loi fédérale sur les jeunes délinquants, elle date de l'année 1909. Plusieurs projets de révision de la loi ont été présentés entre les années 1972 et 1977 avant l'adoption finale du projet de loi 24. En fait, cette loi est une loi d'exception qui vient introduire la notion des droits des enfants, de l'antériorité de l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire et qui relève le défi de nouveaux modes d'intervention pour les intervenants des différents réseaux de services (social, judiciaire, scolaire, policier...) (Gagnon et Gauthier, s.d.)

bureaucratique provoquant la déqualification du travail social. Certains regretteront toutefois leur disparition après 1991 ; les CSS étant les premiers organismes uniquement occupés d'intervenants sociaux et souvent dirigés par ce même groupe de professionnels (Prud'homme, 2008).

Avec cette réforme, on souhaite regrouper les services et donner un accès égalitaire aux services à la population. Toutefois, différents enjeux apparaissent rapidement avec la réforme : technocratie, accroissement de la centralisation de la prise de décision, croissance de la demande pour les soins curatifs, enjeux interprofessionnels, augmentation de la dominance dans le travail de la santé de la profession médicale (Renaud, 1977).

LES SERVICES SOCIAUX

Favreau (2000 : 31) reprend bien l'idée de l'impact de la Révolution tranquille sur le travail social au Québec, jadis liés aux institutions caritatives, devient partie intégrante du réseau public, se professionnalise, se formalise... et diversifie ses formes d'intervention avec l'organisation communautaire :

« À cette “petite révolution tranquille” dans les services sociaux publics et se joint celle de la séparation définitive de l'Église et de l'État et donc le désengagement progressif des praticiens sociaux des institutions caritatives (les Fédérations d'œuvres de charité, par exemple). Les réformes de l'époque introduiront de nouvelles instances publiques (ou parapubliques) d'intervention telles que les Conseils de développement social (CDS) et les Conseils régionaux de développement (CRD). Avec les années 1960, le travail social se professionnalise : d'ancien métier plus ou moins artisanal (voire vocationnel), il devient partie intégrante du service public (d'où l'accent sur la compétence plus que sur le dévouement). Avec la percée de l'organisation communautaire en son sein, le travail social québécois élargira ses horizons à d'autres formes d'intervention que la seule relation d'aide ».

Il est intéressant de noter qu'à la fin des années 1960 et au début des années 1970 des comités de citoyens, avec l'aide d'animateurs sociaux, ont été à l'origine des premières cliniques communautaires à Montréal, dont les cliniques de Pointe-St-Charles et la Clinique des citoyens de St-Jacques (Boivin, 1988). D'autres cliniques sont nées un peu plus tard, inspirées des premières. Les promoteurs de ces cliniques

cherchent à devancer la réforme Castonguay-Nepveu, afin d'influencer la structure des CLSC (Jetté, 2008). Les cliniques souhaitent faire échec au pouvoir des élites qui tentent de contrôler l'accès aux ressources et aux institutions étatiques et politiques. Cependant, celles-ci ne tarderont pas à revoir leur fonctionnement et leur organisation, faute de financement et du faible appui du gouvernement provincial (Jetté, 2008 ; Lesemann, 1981; Larivière, 2007). Curieusement, la Commission fait fi de l'existence des cliniques populaires de Montréal et de Québec lors de la Commission Castonguay-Nepveu (Gaumer et Desrosiers, 2004).

LA CRÉATION DES CLSC

LES CLSC

Avec l'arrivée du système public vient s'ajouter aux institutions des communautés religieuses, déjà en place depuis un bon moment – les centres hospitaliers, les agences diocésaines de services sociaux, les hospices et les orphelinats –, les centres locaux des services communautaires (CLSC) (Bourque, 2009). Les CLSC naissent d'expériences citoyennes innovantes⁸ ayant pour mission d'offrir une gamme de services sociaux, de santé et d'organisation communautaire. L'arrivée des CLSC et du système de santé public s'émancipent sous la base d'un nouveau discours sur idéologique et politique : « On ne parle plus de maladie, mais de santé qui devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État » (Bourque, 2009 : 2). Les principes fondamentaux du système et des services sont : gratuité, universalité et équité.

Un début novateur malgré les multiples enjeux – 1972-1981

Malgré certaines crises relatives à des tensions interprofessionnelles, les CLSC mettent sur pied des services fonctionnels et efficaces - un tronc commun⁹ et des

⁸ « Ainsi, les CLSC avaient comme modèle les cliniques populaires des années soixante, établies par des comités de citoyens dans certains quartiers démunis et dépourvus de services de santé et de services sociaux correspondant à leurs besoins. Aussi, la santé publique s'est traduite, au Québec, en santé "communautaire" visant l'implication des citoyens dans l'atteinte des objectifs collectifs de santé » (White, 1992 : 19).

⁹ L'accueil, les soins de santé curatifs et préventifs de base, les services sociaux pour les individus et l'action communautaire – information, éducation, animation dans une perspective de participation active des citoyens (MAS, 1972).

initiatives locales –, rejoignant une population diversifiée (Larivière, 2007). La marge de manœuvre initiale laissée au CLSC a bénéficié au service social en termes d'innovation tant à l'interne –modèle d'organisation, déprofessionnalisation, innovation – qu'à l'externe – solidarité avec les milieux plus démunis – pour la mise en œuvre de nouvelles pratiques et répondre aux besoins émergents ou laissés pour contre (Larivière, 2007).

« Ainsi, dans les années 1970, il suffisait d'effectuer des demandes annuelles de postes pour obtenir des ajustements considérables au plan des ressources humaines et matérielles permettant le développement rapide de programmes innovateurs » (Larivière, 2007 :63).

Des programmes novateurs sont développés où l'on valorise les échanges et les liens avec la population et les groupes communautaires. Le concept de santé communautaire est mis de l'avant dans l'organisation administrative et s'illustre par les dimensions préventives et curatives des interventions (ENAP, 2012 ; White 2012), et sont valorisées les approches communautaires et de groupe (Roy, 1975 cité par Larivière, 2007).

Durant cette période, les CLSC sont de taille relativement modeste. Cette structure facilite alors la participation des citoyens et la mise en place d'objectifs de services personnalisés, selon les besoins locaux. Des comités de citoyens sont formés dans différentes régions du Québec, pendant l'implantation des CLSC, donnant lieu à une diversité de programmes et laissant place à des modèles innovants, tant à l'interne qu'à l'externe¹⁰. Cette latitude facilite la mise en place de nouveaux projets répondant aux besoins du milieu, négligés ou nouveaux (Larivière, 2007).

En somme, au niveau des interventions sociales, les pratiques sont innovantes – cliniques jeunesse, approche féministe, associations avec les groupes de la communauté (Larivière, 2007).

¹⁰ L'idéologie communautaire une caractéristique des comités de citoyens a été inspirée d'expériences américaines remettant en question la "charité sociale" catholique et "l'assistance professionnelle" en militant en faveur d'une perspective de développement communautaire par "la transformation du milieu par le milieu". Ces nouvelles pratiques s'inscrivent dans un courant plus global, tant aux États-Unis qu'au Québec (Blondin, 1965) de réflexion critique sur les méthodes d'intervention en service social et plus spécifiquement le casework (Mayer et Groulx, 1987).

Les travailleurs sociaux qui se joignent aux CLSC ont envie de faire autrement pour s'éloigner des pratiques plus classiques, du type casework individuel, mises de l'avant par les CSS – centre des services sociaux (Larivière, 2007). Toutefois, cette latitude laissée aux intervenant.e.s sociaux ne plaît pas à tous. On reproche aux intervenant.e.s sociaux un certain flou, des interventions morcelées et discontinues.¹¹ Et on soulève un questionnement sur le certain laisser-aller au niveau de l'encadrement clinique.

Les diverses difficultés rencontrées dans quelques CLSC – crises et tutelles – amènent le ministre, dès 1975, à demander un bilan sur le fonctionnement des CLSC. Deux rapports ont été déposés. Les points de vue divergents au sein de l'équipe ont amené à la rédaction de deux rapports, un majoritaire, celui de Custeau et coll. (1975) qui entrevoit davantage le futur des CLSC à travers le développement des services généraux, et un second minoritaire, celui de Alary et Leseman (1975) privilégiant «les CLSC en tant qu'institution participant au processus de transformation sociale et misant de manière plus audacieuse sur l'action communautaire» (MAS, 1975a : 55 cité par Jetté, 2008 : 107). Ces deux rapports n'ont pas fait l'objet de suivi systématique (Jetté, 2008 ; Larivière, 2007), mais les recommandations du rapport majoritaire semblent avoir davantage influencé les orientations du ministre les années suivantes (Roy, 1987 cité par Jetté, 2008).

Cette décennie, comme le rapporte Mayer (2002), favorise l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles orientée sur la multidisciplinarité. Cependant, comme le souligne Renaud (1977), l'application du régime d'assurance maladie entraîne rapidement une croissance des soins curatifs et une « dépendance » de la population envers le système médico-hospitalier « de plus en plus envahissant et coûteux » (p.139). Ce qui n'est pas sans lien avec la crise des finances publiques que rencontre l'État et du régime de maigreur qui viendra affecter plus tard certains établissements. Les médecins vont également occuper une place de plus en plus significative et privilégiée au sein du système de la

¹¹ Le rapport Brunet (1987) fait notamment cette critique – multiplicité et diversité des services. Le rapport Brunet recommande une standardisation des services.

santé et des services sociaux.

PARTIE 2 COMMISSIONS, RAPPORTS ET RÉFORMES
PÉRIODE 1980-1990

MISE EN CONTEXTE

Les années 1980 sont des années de grandes remises en cause de l'intervention de l'État. Suite à la Crise des finances publiques, les États des pays développés vont procéder à des transformations majeures dans la protection sociale aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Ainsi, on vise à réduire les budgets attribués à la protection sociale et en même temps, on en transforme les objectifs en visant dorénavant l'activation et la responsabilité individuelle. En effet, la presque totalité des politiques sociales voit leur budget réduit. De plus, on verra de nouvelles valeurs apparaître dans le discours et les textes des lois eux-mêmes transformeront la nature des politiques publiques. Les valeurs d'efficience, d'efficacité, de qualité, d'imputabilité, de responsabilité individuelle et d'équité supplanteront peu à peu celle de l'égalité des chances, de la justice sociale et de la responsabilité collective. C'est donc l'époque où l'on resserre les conditions d'admissibilité dans la majorité des programmes. On impose, par exemple, une contrepartie à l'aide sociale et on catégorise les prestataires. C'est dans cette continuité que l'ensemble des réformes du système de santé et des services sociaux s'engagent dans les années subséquentes.

Sur le plan politique, le Parti québécois et le Parti libéral se répartissent les années au pouvoir. Ainsi, sous la gouverne de René Lévesque jusqu'en 1985, Denis Lazure exerce le mandat de ministre de la Santé. Il faut se rappeler que le début des années 1980 est une période de bouleversement dans la société québécoise. Un premier référendum dont on connaît l'issue a lieu sur la souveraineté du Québec en 1980. À peine remis de cet événement politique marquant, le gouvernement de René Lévesque procédera à des coupures massives dans le secteur public, une grève générale aura d'ailleurs lieu dans ce secteur. Les syndiqués devront rentrer au travail sous les foudres d'une loi spéciale : le projet de loi 111. Le décès de René Lévesque forcera le choix d'un nouveau chef. Pierre-Marc Johnson sera élu et nommera Guy Chevrette à la santé. Leur mandat sera de courte durée puisque le gouvernement libéral sera élu aux élections de 1985. Robert Bourassa, de nouveau premier ministre, nomme au ministère de la Santé Thérèse Lavoie-Roux.

LA COMMISSION ROCHON ET LES GROUPES DE TRAVAIL BRUNET ET HARNOIS

La deuxième moitié des années 1980, comme on vient de le constater représente une période de changement important dans l'action publique. Dans ce contexte, le gouvernement du Québec mettra sur pied une Commission d'enquête et deux groupes de travail. Avant d'entrer dans le détail des rapports produits par ces instances de consultation externe, il est nécessaire de saisir l'importance de celles-ci.

LA COMMISSION ROCHON

Comme il a été spécifié plus tôt dans le livre, les années 1980 sont caractérisées par des changements majeurs sur le plan économique. Ainsi, dans un contexte où la crise a engendré des déficits budgétaires et l'augmentation de la dette des États, on remet en cause les politiques providentialistes mises en place depuis la Révolution tranquille. La pression exercée sur les gouvernements est très forte pour une réduction des dépenses publiques. Dans ce contexte où les décideurs doivent repenser l'action publique, une Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux est annoncée au milieu des années 1980 par le gouvernement du Parti québécois. Ainsi, sous des impératifs budgétaires, il faut, dit-on, remédier à l'escalade des coûts du système. La Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (CESSS) a pour mandat premier d'établir quel type de soins de santé le Québec est en mesure de se payer ainsi que d'établir les priorités en matière de services de santé. L'élection du gouvernement libéral de Robert Bourassa en 1985 engendra toutefois un changement dans la mission de la Commission, puisqu'on intégrera les services sociaux, qui n'y étaient pas au départ (Bélanger, 1992). Le rapport Rochon sera donc remis au gouvernement environ 4 années plus tard en 1989.

La Commission permettra à de nombreux acteurs de s'exprimer sur l'avenir du système de santé et des services sociaux (Bourque et Leruste, 2010). Alors que les principales centrales syndicales soutiendront le maintien, voire même l'élargissement de l'assurance publique, une réforme en profondeur est réclamée par des acteurs de poids du système de santé et de la société. En effet, l'Ordre professionnel des

médecins, la Fédération des Médecins spécialistes du Québec et de manière moins forte l'Ordre des omnipraticiens du Québec ainsi que le Conseil du Patronat réclament des changements quant à la gestion du système, à l'autonomie des médecins et même à l'introduction plus grande du privé en santé (Bourque et Leruste, 2010). Plusieurs des demandes feront l'objet des recommandations du rapport : 1) l'adoption d'une politique de santé et de bien-être; 2) la décentralisation du pouvoir en plaçant le citoyen au centre des préoccupations; 3) la reconnaissance formelle des organismes communautaires comme des partenaires et 4) le resserrement de la gestion publique du système.

Toutefois, sur le plan le plus général, le rapport réitère les principes mêmes sur lesquelles les services sociaux et les services de santé ont été fondés, un financement public et l'accès universel aux soins de santé et aux services sociaux.

« Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé. (...) L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort » (Commission Rochon, 1988 : 697).

Cette affirmation est toutefois accompagnée d'un bémol puisqu'on annonce que cela ne pourra se faire sans effort.

« Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique, soit un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution sociodémographique du Québec » (Commission Rochon, 1988 : 696).

Ainsi, le rapport Rochon maintient la voie d'un système public et de sa pérennité, mais, avec des efforts consentis, soit par des mesures permettant de contenir les dépenses. Dès cette période, apparaîtront des propositions conduisant à une transformation technocratique du système.

Si l'on se penche plus en profondeur sur son contenu, le rapport Rochon aborde évidemment de nombreuses questions. Il fait état des transformations rapides de la société québécoise, soulève la question de la complexité plus importante du réseau de

services, s'intéresse à l'émergence des organismes communautaires, et porte une attention particulière à l'approche de la santé des populations qui met l'accent sur les déterminants de la santé et insiste sur l'adéquation des dimensions sociales et de la santé.

L'approche populationnelle ou de santé des populations vise une amélioration de l'état de santé d'une population donnée. Cette approche est issue de l'épidémiologie contemporaine. Elle s'intéresse non seulement à la maladie, mais aux déterminants de celle-ci. Elle prend donc en compte l'ensemble des facteurs qui peuvent être décisifs dans la maladie. Ces facteurs peuvent être aussi larges que l'environnement, le milieu de vie, le statut socio-économique et les habitudes de vie. On peut affirmer que le rapport Rochon propose une telle approche. D'une part pour mieux comprendre l'état de santé de la population du Québec, il découpe le territoire tout en décrivant les principaux déterminants de la santé. Cette approche est intéressante d'un point de vue médical parce qu'elle permet aux institutions de prévoir les soins qu'elles devront livrer à la population qu'elles desservent. Toutefois, et comme le mentionne les commissaires, elle s'applique mal à la santé mentale et encore moins aux problèmes sociaux, surtout du point de vue de la gouverne. Ce sont de manière générale, des problèmes qui ne peuvent être traités de la même manière mécanique telle une fracture de la hanche. De plus, certains facteurs tels que la pauvreté ou le niveau d'éducation ne se règlent pas à même le système de santé, ils sont bien en amont.

L'adoption de cette approche conduit au développement d'une vision particulière des problèmes sociaux qui demeurent relativement larges tout en se limitant à trois secteurs d'intervention (Beaudoin, 1990). La commission identifie trois problèmes sociétaux fondamentaux qui peuvent nécessiter le recours aux services sociaux. La violence faite aux personnes, la déviance et la mésadaptation sociale ainsi que les problèmes d'intégration sociale constituent les éléments en matière de problèmes et de services sociaux. Chacun de ceux-ci est défini de manière assez précise. Le rapport cible certaines populations que l'on pourrait qualifier de plus à risque. Ainsi,

on ne s'adresse pas à la population en général, mais bien aux jeunes et aux mères monoparentales. Cette orientation est importante puisqu'elle détermine quelle population devrait recevoir des services au détriment des autres. Malgré l'attention portée au développement de services orientés vers des clientèles cibles, le rapport ne consacre que très peu d'espace à la pratique sociale. On peut affirmer qu'il caractérise les mécanismes de la pratique sociale dans le réseau comme désuets. Il dénonce le fait que les professionnels de la pratique sociale, notamment les travailleurs sociaux, exercent dans des cadres tout à fait différents selon les établissements en notant certaines lacunes comme le manque d'encadrement professionnel. De surcroît, on souligne le fait que les pratiques ne sont pas évaluées. Le rapport définit également les conditions idéales de la pratique comme suit : le contrôle, la charge de travail, l'autonomie professionnelle, la possibilité d'expérimenter de nouvelles approches par différents moyens, l'encadrement soutenu au plan professionnel. On met toutefois l'accent sur la volonté individuelle des travailleurs qui grâce à leurs compétences peuvent mettre des programmes particuliers sur pied et influencer la pratique.

Dans le même ordre d'idée, on insiste sur le fait que la responsabilisation des individus et des communautés a eu des répercussions positives pour la société. Il dépeint le secteur communautaire de l'époque comme des milieux améliorant les conditions de vie de leur communauté tout en soulignant leur manque de reconnaissance ainsi que la soumission au réseau public tant sur le plan du financement que dans le choix des populations et des services à offrir. En fait, le rapport effectue un tableau assez détaillé du secteur communautaire en reprenant les principaux enjeux ainsi que la nature de leur intervention. La Commission propose donc des changements substantiels au fonctionnement des organismes communautaires. Tout d'abord en les finançant dans le respect de leur autonomie et en établissant des collaborations profitables avec le réseau.

Le pavement de la voie pour l'ensemble des réformes qui suivront

Le rapport Rochon est très utile pour comprendre l'évolution du système de santé et des services sociaux québécois puisqu'il présente deux visions quasi dichotomiques :

1- la défense d'un système public et accessible 2- la défense de nouvelles techniques de gestion empruntées au secteur privé : la nouvelle gestion publique. Il véhicule à la fois les valeurs de ce qui le précède depuis la Commission Castonguay- Nepveu ainsi que l'essentiel de ce qui viendra dans les autres rapports des groupes de travail. On constate l'importance accordée au régime public de santé et des services sociaux puisque la Commission réitère l'importance de l'assurance publique en rejetant le recours au privé dans le secteur de la santé. Les services doivent donc être universels et financés à même la fiscalité (Commission d'enquête sur le système de santé » (1989 : 1697). Pourtant on affirme dans le même rapport la nécessité d'une réforme de la gestion. On propose de nouvelles manières de faire qui s'appuient sur les valeurs d'efficacité et d'efficience, d'autonomie, d'imputabilité et de changement. Ces deux visions qui se confrontent puisqu'elles n'appartiennent pas au même univers (Muller, 2005).

Les valeurs défendues par la NGP sont présentes dans le rapport Rochon, et ce de façon marquée. Ainsi, on est à la recherche d'une gestion plus efficiente dans laquelle les acteurs seront imputables (Dubois et Denis, 2001). On suggère même d'implanter une concurrence entre les établissements dans le but d'améliorer les services.

En somme, sur le plan social la Commission Rochon a une vision relativement large qui vise l'intégration des individus dans la société. L'adoption de l'approche prédominante de la santé des populations adoptée contribue, à notre sens, à la prise en compte des déterminants de santé ainsi que des problématiques telles que les inégalités sociales de santé. Toutefois, cette vision ne sera toutefois pas transcrite de manière claire dans les recommandations du rapport. On y retrouvera plutôt une vision médicale des soins de santé et des services sociaux axée sur la transformation de la gestion technique des soins et des services. À cet effet, à plusieurs reprises dans le rapport on souligne l'impuissance du système de santé par rapport à des problèmes sociaux plus larges. Cette constatation n'est peut-être pas étrangère à la conception de la pratique sociale au sein du réseau. Alors que le rapport fait les louanges du secteur communautaire, il est plutôt critique quant aux services livrés par le réseau.

Parallèlement à la commission Rochon, un comité, présidé par le Dr Brunet est chargé d'analyser et de réfléchir sur l'action des CLSC.

LE RAPPORT BRUNET

Peu de temps après sa nomination, la ministre Lavoie-Roux met un moratoire sur le parachèvement des CLSC et met sur pied un comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC en 1986. Le comité est présidé par le Dr Jacques Brunet¹². Au moment de la mise sur pied du comité, 27 districts ne possèdent pas de CLSC.

Le comité, dans un contexte de restriction budgétaire et de rationalisation des ressources est chargé d'analyser et de réfléchir sur l'action des CLSC (Brunet et coll., IV), mais plus spécifiquement, comment composer avec les besoins – en nombre et en diversité – avec les ressources en place ? Dans cette perspective, le comité a comme objectifs de : dégager un portrait concret des activités des C.L.S.C (1), préciser les endroits où se posent des difficultés sur les activités, les programmes et les pratiques professionnelles (2), proposer des correctifs (3). Le comité, dans sa démarche, décide de ne pas tenir d'audience, ni de rencontrer des agents externes - groupes, organisations professionnelles ou individus. On s'en tient à l'expertise des membres du comité¹³ (Brunet et coll., 1987), mais cette manière de procéder est reprochée au comité (Bourque, 1988).

Une année plus tard, le comité dépose le rapport à la ministre, accueilli favorablement par cette dernière. Il débute par une réflexion sur la santé de la

¹² Le Dr Jacques Brunet est un ancien sous-ministre au ministère des Affaires sociales et directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval à Québec.

¹³ Les membres du comité sont composés de Monsieur Jacques Brunet, Président Directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval, Madame Michèle Guindon Coordonnatrice des programmes et des services au C.L.S.C. Normandie, Madame Yvonne Cormier Coordonnatrice des programmes au C.L.S.C. Parc Extension, Monsieur Marcel Sénéchal Directeur des programmes à la Fédération des C.L.S.C. du Québec Madame Lisette Hade Directrice du Bureau des services sociaux du Centre-ville du C.S.S Montréal-métropolitain, Monsieur Jean Miville Directeur général du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent, de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine, Monsieur Luc Deslauriers Directeur de la planification des systèmes et méthodes au Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, Madame Mireille Fillion Directrice des programmes - Communauté, famille, jeunesse, Min. de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Christos Sirros, Député de Laurier, adjoint parlementaire à la Ministre de la Santé et des Services sociaux.

population et réitère l'importance des soins de santé primaire – les services et soins de première ligne au Québec. Le système de soins précise-t-on permet l'amélioration de la santé de la population néanmoins, d'autres facteurs tels que les déterminants sociaux de la santé agissent sur la condition de santé de la population. Des écarts sont notés selon les conditions socio-économiques – quartier pauvre et riche – de la population. L'objectif de réduire les inégalités sociales permettrait une amélioration de la santé pour tous. La définition de la santé est également définie plus largement, au-delà des risques physiques, biologique et chimique, mais en mesure de s'adapter et de fonctionner dans son environnement. L'environnement social, le milieu de travail et le milieu économique constituent des facteurs intégrés contributifs à l'amélioration de la santé. Cette orientation donne une importance à l'individu, à son entourage et à son milieu de vie et souligne les conditions sociales et économiques nécessaires à l'amélioration et à la réduction des écarts de la santé entre les individus et groupes (Brunet et coll., 1987). Or la définition retenue pour les services et soins de première ligne :

« [...] élément intégré d'un système qui doit couvrir les besoins sociaux et sanitaires fondamentaux de chaque communauté au moyen des services fournis aussi près que possible des lieux de vie et de travail des gens, facilement accessibles et acceptables à tous, et qui prend appui sur une participation communautaire la plus grande possible » (Brunet et *al.*, 1987 : 7).

Les attributs réservés à la notion de services et soins de premières lignes sont les suivants: Premier point de contact avec le système impliquant une proximité avec la population ; accessibilité et disponibilité au moment opportun, jour et nuit ; référence et coordination des services; favoriser lors des demandes, le plus possible, des solutions de prise en charge individuelles et collectives; continuité et suivi dans les soins et les services; concertation avec les autres services locaux, les ressources du milieu et autres établissements du réseau ; **responsabilité particulière à l'égard des individus ou des groupes à risque** » (Brunet et coll., 1987 : 7). Encore une fois, on réserve une place spécifique aux groupes à risque, comme on le retrouve également dans le rapport Rochon.

Les CLSC, selon le comité, possèdent toutes les caractéristiques attribuées de la notion de soins de santé primaires, élaborés par l'OMS, et donc très actuels (1987 : 10). Les caractéristiques des CLSC étant : services généraux – première ligne, soins globaux, continus. Services préventifs et curatifs avec une grande accessibilité ; services près du lieu de résidence afin d'éviter l'hospitalisation ; équipes multidisciplinaires offrant des soins physiques et psychiques ; médecine globale intégrant prévention, traitement et réadaptation sur les plans physique et mental ; approche polyvalente et multidisciplinaire dans une perspective de meilleure qualité de vie ; l'action communautaire pour favoriser la participation de la population à prendre part à l'élaboration de solutions face aux problèmes de santé et sociaux du milieu ; principale porte d'entrée pour l'accès à des services de santé et des services sociaux et des affaires sociales (Brunet et coll., 1987). Malgré ces qualités, le comité soulève et explique les difficultés des CLSC à rencontrer leur mission à titre de prestataire de soins de première ligne, se contentant davantage d'un rôle complémentaire, sinon secondaire (Brunet et coll. 1987 : 11). Mais des raisons sont évoquées pour cette lenteur à s'implanter comme attendu. Les CLSC n'ont pas fait l'unanimité et parallèlement à la création des CLSC, des établissements et organismes, privés ou publics, à but lucratif ou sans but lucratif sont créés, sans que ce dédoublement soit l'objet d'aucune intervention de la part de l'État : cliniques, polycliniques, bureaux privés de professionnels, cliniques externes des hôpitaux, des centres de santé de femmes, des organismes d'entraide, etc. (Brunet et coll., 1987).

« L'implantation des C.L.S.C. sur tout le territoire québécois heurtait de plein front les fédérations et corporations de médecins qui sentaient leur marché menacé. Ils n'ont donc pas manqué de réagir en discréditant ces derniers. Comme les C.L.S.C. remettaient en cause le mode de rémunération des médecins, en prônant le salariat, c'était là une première percée qu'il leur fallait à tout prix contrer. 'En guise' de riposte à l'implantation des C.L.S.C. ils ont massivement ouvert des polycliniques. Si ces derniers ont offert une forte résistance, l'attitude du ministère des Affaires sociales à l'opposé, en fut une de passivité » (Brunet et coll., 1987 : 13).

D'autres facteurs ralentissent le développement et l'implantation des CLSC « la résistance des établissements en place aux intégrations, les hésitations des ministres [à donner des directives claires sur les rôles et fonctions des CLSC], la rareté des

ressources, les critiques dont ils étaient l'objet, à tort ou à raison, les attentes fort élevées à leur égard... des difficultés à définir leur mode de pratique comme ils manquaient d'expertise et d'encadrement » (Brunet et coll., 1987 : 12-13). Toutefois, malgré ces difficultés, et ratés, le comité réitère les CLSC comme « instrument idéal pour répondre aux besoins locaux avec ses caractéristiques et sa propre capacité de prise en charge » (Brunet et coll., 1987 : 10). La mission des CLSC n'est pas remise en question toutefois, il en est autrement des activités qui se démarquent par la « diversité, la multiplicité et l'absence de priorités établies » (Brunet et coll., 1987 : 80).

On retrouve dans le rapport Brunet une suite d'orientation et de recommandations basées sur trois grandes préoccupations : des actions visant la réduction des inégalités de l'OMS – les CLSC doivent définir des cibles (groupes à risque)^{14 15 16}; le maintien dans le milieu naturel – enfants, personnes avec des problèmes de santé mentale, personnes âgées, personnes handicapées, etc.; des services communs, de base, à tous les CLSC. Pour satisfaire ces orientations, le comité propose un programme de services courants médicaux et psychosociaux, un programme de maintien à domicile et quatre programmes spécifiques structurés en fonction de groupe à risque dont un déterminé localement¹⁷. Cette programmation exigera de chaque établissement à une réaffectation des ressources – financière et humaine – en donnant une priorité aux activités s'adressant aux groupes à risque. Les programmes actuels jugés non prioritaires seront éliminés. Tel sont les propositions du comité. Dans cette idée de développement, le rapport fait ressortir

¹⁴ On cible à partir d'indicateurs les individus/familles jugés plus à risque (1987 : 42) : « En plus de se baser sur des indicateurs reconnus, les intervenants du C.L.S.C. doivent tous acquérir une sensibilité aux problématiques complexes, sensibilité qui leur permettra de reconnaître les personnes les plus à risque et de les amener vers les ressources les plus aptes à les aider. »

¹⁵ Selon le comité, les CLSC sont les mieux placés pour atteindre les individus à risque : « Ils [CLSC] sont responsables de populations bien définies et sûrement les mieux placés pour atteindre les individus à risque » (1987 : 43).

¹⁶ Les groupes à risque identifiés sont : « les enfants et familles à risque, les jeunes en difficulté, les adultes ayant des problèmes de santé mentale et un groupe prioritaire déterminé localement » (1987 : 55).

¹⁷ Le Comité propose quatre programmes spécifiques de base dans tous les CLSC : l'enfant et la famille à risque; le jeune en difficulté; l'adulte ayant problèmes de santé mentale; le groupe à risque prioritaire localement (Brunet *al.*, 1987 : 85).

l'importante disparité budgétaire inter-CLSC qu'il qualifie d'« une absence flagrante d'équité » (Brunet et coll., 1987 : 68). Or, selon l'opinion du comité, la mise en place d'un minimum de services exige d'assurer un minimum de ressources. En conséquence, le parachèvement du réseau public de services de première ligne et la mise en place de programmes spécifiques identifiés prioritaires nécessiteront de nouvelles ressources financières dans les prochaines années. L'allocation de nouvelles ressources financières devra se faire à partir de critères définis¹⁸ tenant compte des besoins de la communauté et du niveau socio-économique de la population.

Le comité propose en priorité le parachèvement du réseau et une augmentation du budget pour une répartition plus équitable pour les CLSC créés après 1981 ; leur budget étant inférieur de moitié. Le comité recommande également une diminution et une concentration des programmes, des activités et des services au sein des CLSC en précisant ces programmes. Pour assurer une meilleure continuité des services, et une meilleure articulation des actions, surtout pour la clientèle vulnérable, on commande la concertation de tous les partenaires du réseau.

Le rapport Brunet milite d'entrée de jeu en faveur d'une conception globale de la santé, une approche intégrée, sociale et santé, en soulignant les liens étroits entre les déterminants sociaux et les conditions de santé des populations. Malgré cette vision, on identifie, et isole en quelque sorte, des groupes jugés plus à risque comme cible d'intervention. Du coup, on remarque au sein du rapport une certaine tendance vers des interventions individuelles, curatives à propulsion médicale. L'individu porte la responsabilité première du changement. Par ailleurs, le rapport omet, comme l'avaient soulevés la Fédération des CLSC et le Ministère de la Santé, l'intégration des interventions individuelles et collectives, et le renouvellement des pratiques¹⁹. En

¹⁸ Dans le but de s'assurer d'une distribution plus juste des ressources, le comité fait la suggestion suivante : «un per capita minimal de base; un indice reflétant le niveau socio-économique de la population; d'indices reliés aux clientèles visées (% de personnes âgées, nombre d'enfants déclarés à la D.P.J. ...) (Brunet et coll., 1987 : 68-69).

¹⁹ La sous-ministre aux affaires sociales lors d'un discours fait devant le symposium international de la Fédération internationale des assistants sociaux en 1984 : «il faut repenser ces approches à la

1984, le ministère avait rédigé dans son document « le partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux » en soulignant l'importance du renouvellement et à l'adaptation continue des pratiques des intervenant.e.s en précisant que ce renouvellement s'inscrivait dans une réconciliation et intégration des actions individuelles et collectives - le changement personnel et le changement social (Vaillant, 1983 cité par Bourque, 1988). On invite tout au plus à la concertation entre intervenant.e.s et un travail de complémentarité entre établissements pour les personnes les plus vulnérables. Nous sommes loin ici du mandat premier du CLSC²⁰. Le comité propose, comme il a été dit plus haut, la réduction de certaines activités ce qui a pour effet un renvoi vers le secteur privé – vaccination, soins à domicile – ou un développement de partenariat²¹ avec le secteur privé. Par ailleurs, le comité souligne le manque d'information sur les performances des CLSC et des activités des programmes :

« On devrait cependant posséder un minimum d'informations qui permettront de vérifier, sur certains points stratégiques, la performance des établissements, de la faire valoir ou de la rehausser selon les cas. L'évaluation des services, surtout de ceux qui sont communs à l'ensemble des C.L.S.C. [...] Il faut bien se rappeler qu'une évaluation présuppose des orientations claires avec des objectifs opérationnels bien définis et qu'elle doit être menée

lumière, entre autres, des commentaires du Rapport Barclay et de l'approche communautaire [...] Le territoire québécois dans son ensemble sera doté d'une organisation de services de base en santé, en services sociaux et en services communautaires : les centres locaux de services communautaires (Gingras, 1988 :11).

²⁰ Pourtant le mandat des CLSC vise «par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution.» (Robert et Ouellet, 1988 : 2).

Par ailleurs, en 1983, la sous-ministre adjointe au Ministère des Affaires sociales prononce deux conférences sur l'approche communautaire : «Elle y parle de la pratique sociale de demain et déclare que l'intervention sociale devrait désormais mettre l'accent sur le regroupement des personnes ayant des problèmes communs, de manière à permettre aux individus de sortir de leur isolement, en leur offrant tout à la fois l'aide personnalisée dont ils ont besoin en même temps que l'occasion de s'engager avec d'autres dans l'action sociale. L'objectif doit être d'aider les individus et les communautés à devenir plus autonomes et plus responsables, et pour cela il faudra toujours, de quelque manière, allier les services et l'action sociale » (Gingras, 1988 :100) tiré de L'approche communautaire : essai de conceptualisation.

²¹ L'organisation de ce service [service téléphonique de référence] pourrait se faire à partir des C.L.S.C., mais sur une base régionale ou sous-régionale, en concertation avec les C.S.S., les C.U.C.D. et le secteur privé (Brunet et coll., 1987 : 46).

par des agents extérieurs et neutres par rapport aux "évalués » (Brunet et coll., 1987 : 75).

Un an plus tard, le comité chargé de réfléchir sur les activités des CLSC remet son rapport à la ministre Thérèse Lavoie-Roux. Une fois remis à la ministre, elle ne tient pas compte de l'ensemble des recommandations du rapport Brunet, dont le budget et le parachèvement des CLSC sous la forme initiale. La ministre va de l'avant avec certaines mesures du rapport Brunet comme le parachèvement des CLSC, en passant par la fusion des établissements et des districts. Le portrait ressemble à ce qui suit : création de 6 CLSC autonomes, fusion de huit districts pour créer quatre nouveaux CLSC, fusion de six districts avec cinq CLSC existants et fusion de six districts avec d'autres établissements de services sociaux ou de santé (Bourque, 1988). En 1988, elle impose les cadres de référence aux CLSC qui doivent les appliquer, afin de délimiter de manière plus précise leurs champs d'activités et préciser leur contenu de leur programme avec la possibilité d'un programme local, qui devra toutefois être soumis pour approbation et devra s'inscrire dans les orientations préconisées (Lavoie-Roux, 1987 cité par Bourque, 1988). La marge de manœuvre que jadis possédaient les CLSC en termes d'innovation vient prendre ici un dur coup, pavant la voie à la standardisation des programmes et des services. Les CLSC sont alors appelés à regrouper leurs actions autour principales orientations définies.

Les préoccupations économiques ont certainement conduit la ministre Lavoie-Roux à opter pour des solutions de réduction des dépenses – fusionner les établissements, imposer une ligne d'intervention et évaluer les performances des interventions en mesurant le niveau des «cibles» atteintes.

RAPPORT HARNOIS

Le rapport Harnois a comme l'objectif de faire de la santé mentale une priorité dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le comité composé de 9 membres et de collaborateurs est chargé de préparer un projet politique en santé mentale pour le Québec. Il est intéressant de constater que la problématique est traitée comme une entité bien à part du secteur de la santé et des services sociaux et en parallèle de la

commission Rochon. L'allocation des ressources financières en santé mentale étant réduite il incombe de revoir la distribution des ressources, dans une certaine cohérence entre les niveaux d'intervention au sein du système jugé complexe. Pour répondre aux besoins actuels de la population en matière de santé mentale, il convient d'élaborer une politique de santé mentale. Le comité dans ses orientations a le mandat de cibler spécifiquement les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères. Par ailleurs, les coûts du système exigent de revoir le fonctionnement du réseau et donc l'organisation même des services. L'État doit revoir son mandat et les établissements également considérant les coûts associés. Un des objectifs est d'aller de l'avant dans la désinstitutionnalisation, mais cette réalisation exige de revoir la configuration de l'organisation des soins et services. Dans le rapport on mise donc sur le partenariat de différents acteurs dans les moyens – la famille et les proches, les intervenant.e.s et les organismes communautaires. Le développement des ressources est souhaité, mais également la reconnaissance des ressources en place. On reconnaît aussi l'importance de la famille dans l'intervention. À cet effet, les intervenant.e.s seront outillés pour travailler avec les familles, mais également dans des contextes hors les murs. On cible ici une clientèle jugée à risque, ou à risque de consommer certains services. On revient sur l'importance de la prévention en santé mentale et de s'allier des acteurs de différents secteurs pour démystifier la problématique et soutenir les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. On parle d'effort partagé pour améliorer la santé mentale de la population du Québec. Toutefois, un peu différemment des autres rapports, Harnois fait état de la position des acteurs, mais surtout des intervenant.e.s sociaux. Par exemple, il souligne que les intervenant.e.s sociaux dénoncent la compartimentation des services, fragmentation des modalités d'intervention, les difficultés de communication, rigidité des structures, cloisonnement des disciplines. On dénonce les conditions de travail et l'organisation du travail est mise en cause, on va même jusqu'à souligner dans le rapport, la surcharge de travail, l'épuisement, etc. Plusieurs éléments sont évidemment abordés dans le rapport, dont l'application des bonnes pratiques, par les intervenant.e.s, l'évaluation de l'atteinte de résultats, décentralisation, approche populationnelle. Éléments qui sont, comme on le sait

également présents dans le rapport Rochon. On ne peut que constater ici l'hégémonie du discours public sur la bonne gestion. Nous aborderons ici 2 thèmes qui semblent orienter l'avenir des services sociaux et du travail social au sein du réseau de la santé : la conception des services s'adressant aux personnes souffrant de problème de santé mentale, la conception de l'État ainsi que le renvoi de certaines de ses responsabilités à d'autres acteurs.

Sur le plan de la santé mentale, des réalités différentes apparaissent: problèmes mentaux sévères et persistants, problèmes de santé mentale transitoire et la santé mentale menacées susceptibles de se détériorer par des situations de vie ou conditions de vie qui affectent les personnes. En lien avec ces réalités, les fonctions de prévention, de traitement, de réadaptation, de support et de maintien sont jugées prioritaires. Différents groupes sont identifiés en lien avec les troubles mentaux, dont les groupes à risque. De ces groupes à risque, un certain nombre de cibles prioritaires sont déterminées, dont les enfants, les personnes âgées, les familles vivant avec une personne ayant des problèmes de santé chronique et les personnes faisant face à des conditions de vie difficiles. L'analyse de la situation démontre des écarts dans les conditions favorisant, le développement de la santé mentale : lacune sur le plan de la prévention pour le développement et maintien de la santé mentale des jeunes; négation des besoins des aînés; absence de sensibilité à l'égard des réalités spécifiques et particulières de certaines cultures ou mentalités autres que la majorité. En somme, les problèmes de santé mentale sont en hausse au sein du Québec. Le poids de ces problèmes repose principalement, selon l'analyse faite, sur le système de santé et des services sociaux, sur les communautés, mais également sur les familles. Des changements sont à effectuer dans les façons d'intervenir.

Le cadre de référence propose des objectifs à poursuivre : une réponse adaptée aux besoins de la personne et une attention appropriée à sa situation; effort collectif pour améliorer le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population. Des principes généraux sont énoncés pour soutenir les objectifs : primauté de la personne et respect de cette dernière ; l'équité entre les secteurs d'intervention et dans les services offerts à la population selon les régions. Sept

orientations sont privilégiées : une approche globale ; les besoins de la personne comme critère pour déterminer ses besoins et favoriser son développement avec la contribution de son milieu ; un partenariat impliquant tous les acteurs ; la promotion d'une approche communautaire – le milieu de vie de la personne, la communauté, les proches sont sollicités ; le maintien et la réinsertion dans le milieu de vie naturel selon des exigences spécifiques - réponse adaptée aux besoins, qualité de vie et support approprié ; le développement d'actions intersectorielles ; la recherche de la qualité dans les interventions en privilégiant l'efficacité et l'innovation.

Des moyens doivent être mis en place pour améliorer la situation globale des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale afin de « viser des changements de mentalités, d'attitudes, de façons de faire et de pratiques » (Harnois, 1987 : 54). On cible ici les quatre acteurs du départ. Des moyens sont identifiés pour la personne : sensibiliser la population à la condition des personnes ayant un problème de santé mentale ; d'apporter une réponse rapide aux problèmes - accès aux services ; de travailler à la mise sur pied d'une continuité des services et de respecter les droits des personnes – promotion et protection des droits (création de postes d'ombuspersone). Puis, pour les familles et les proches, il est essentiel de les reconnaître comme acteurs. Donc habiliter les familles et les proches à intervenir dans certaines situations, leur donner un soutien psychosocial et leur assurer une disponibilité. Ces dispositions impliquent des modalités d'intervention pour favoriser l'implication des familles et des proches ; d'augmenter les ressources psychosociales et de former des intervenant.e.s pour les habiliter à intervenir auprès des familles. Un nombre important de familles serait impliqué auprès d'une personne ayant des problèmes de santé mentale. On propose pour soutenir les familles par le développement d'un programme de répit sur une base régionale et sous régionale. En appui aux intervenant.e.s, la formation continue supportée par le secteur de la recherche, et «doivent figurer en priorité la multidisciplinarité de la formation sur les lieux de pratique» (Harnois, 1987 : 70). Le comité recommande également que le ministère de la santé et des services sociaux et le ministère de l'Éducation supérieure et de la Science conjointement avec les universités et les collèges et différents milieux d'enseignement une révision du programme de formation pour les

différentes catégories d'intervenant.e.s en santé mentale. Le travail social fait partie de cette catégorie de professionnels. Cette révision implique le développement : d'une approche globale, prise de contact avec différentes clientèles et nouvelles formes de pratique et l'acquisition d'habiletés pour travailler en multidisciplinarité. Le comité recommande également le développement de la recherche avec une augmentation substantielle des fonds en soulignant certaines orientations des recherches aux organismes subventionnaires. En ce qui concerne la communauté, des regroupements communautaires en santé mentale émergent. Ces regroupements proposent certaines activités et viennent en appui au secteur public. Ces regroupements émergent. On ne sait pas la mesure du partenariat à venir, mais ces organismes sont à considérer comme acteur dans le champ de la santé mentale.

La désinstitutionnalisation constitue, de plus, un des piliers parmi les propositions du rapport. On revient sur les conditions gagnantes pour la désinstitutionnalisation, des moyens à mettre de l'avant : une intervention en situation de crise permanente, une médication appropriée, lorsque requise, une intervention auprès de l'entourage les plus significatifs et une continuité dans les services. Le plan de services individualisés, le répit aux familles et aux proches, la formation aux intervenant.e.s de même qu'un appui aux services communautaires sont la pierre angulaire de la désinstitutionnalisation. On soulève les coûts divers associés à la désinstitutionnalisation, financiers, humains, qui exigent une réorganisation considérable à divers niveaux pour arriver à une nouvelle configuration des services. Cette politique propose pour y arriver «de réduire de plus de la moitié la capacité globale des grands établissements psychiatriques» (Harnois, 1987 : 116). Les grands établissements psychiatriques sont conviés à prendre trois virages majeurs soit de s'adapter aux besoins évolutifs des personnes et de la collectivité dans laquelle ils évoluent, se concerter avec des partenaires multiples et une ouverture aux réalités de la communauté, faute de quoi ces établissements devront éventuellement se tourner vers une fermeture. La santé mentale des jeunes, des femmes et des personnes âgées est soulevée comme étant préoccupante. Le comité fait des recommandations à l'égard de ces trois groupes en fonction des particularités du groupe et des initiatives déjà en place.

Dans le même ordre d'idée que Rochon, le rapport Harnois souligne l'importance de l'intervention de l'État en matière de services sociaux. Il affirme toutefois la nécessité de revoir les libertés individuelles et les impératifs des grands systèmes d'intervention. Les responsabilités et fonctions à partager entre les acteurs doivent donc être revues. Le comité effectue les réflexions préliminaires toutefois, on se réfère d'ailleurs à la commission Rochon pour les recommandations finales. Ainsi, selon le comité, l'État doit continuer d'être maître d'œuvre bien qu'il puisse solliciter différents acteurs pour les rôles à jouer. Dans cet ordre d'idée, « le comité estime qu'il faut donner plus d'espaces et des moyens aux personnes dans le besoin, aux familles et aux proches, aux intervenant.e.s de même qu'aux communautés tant locales que régionales » (Harnois, 1987 : 44). Ainsi, on met des actions concrètes de l'avant par une reconnaissance « des individus, des familles, des proches et des communautés dans l'identification des besoins et la mise en place des réponses à offrir aux personnes souffrant de troubles d'ordre mental » (Harnois, 1987 : 44). Des responsabilités sont renvoyées à la famille, à la communauté et aux nouveaux partenariats – le secteur privé est évoqué « à ce stade-ci se pose la question du rôle du secteur privé dans le champ de la santé mentale » (Harnois, 1987 : 45). Le comité réitère la responsabilité de l'État tout en spécifiant son rôle de stimuler tous les secteurs. En somme, le rôle de l'État doit être différent.

Un déplacement vers le communautaire s'exerce ainsi. On reconnaît l'action des ressources communautaires. Le comité recommande que le ministère double son budget dispensé aux groupes communautaires en santé mentale. Et mettre en place des modalités de répartition régionale pour favoriser une participation de la communauté dans l'offre de services. On recommande de nouvelles règles de financement, dont la continuité de financement sur deux ans. Développer une accessibilité des services sur une base régionale selon une gamme de services spécifiques. Chacune des régions aurait le mandat d'élaborer à partir d'un plan d'organisation des services (POS). Le comité fait mention de mettre en place des activités spécifiques à la fonction d'évaluation des résultats, faiblesse à ce jour.

Encore ici, tous les acteurs doivent être mis à contribution dans ce plan d'organisation des services. Un réseau de services pour la santé mentale doit être mis en place «aménager des interfaces entre les diverses composantes du réseau de la santé et des services sociaux» (Harnois, 1987 : 98). On cible ici les jeunes et les personnes âgées pour créer des mécanismes particuliers de collaborations, une approche intégrée, et le développement d'expertise particulière. On propose également des partenariats élargis avec différents secteurs – loisirs, travail, justice, éducation, etc. – afin qu'ils contribuent aux actions pour améliorer la condition des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Le développement de ressources dans les secteurs résidentiels pour la réinsertion est aussi recommandé. Donc, des actions à divers paliers – locales, régionales et nationales. Dans le secteur psychosocial, on manque de ressources notamment dans l'intervention auprès des familles et des proches. On insiste sur l'évaluation des résultats – l'évaluation des programmes sur des objectifs précis : la globalité de l'approche, continuité de l'intervention, l'accès aux services, l'ouverture à la communauté et la coordination de l'ensemble.

On peut affirmer que le rapport Harnois s'inscrit dans la lignée de ceux qui sont produits durant la même période – Rochon et Brunet – et de ceux qui suivront. On assiste effectivement à des propositions similaires de décentralisation et de réduction de l'intervention de l'État.

LES SERVICES SOCIAUX DANS LES RAPPORTS DE LA COMMISSION ET DES GROUPES DE TRAVAIL

Les Trente Glorieuses sont terminées. Le Québec connaît un ralentissement de sa croissance économique et doit revoir les services publics. Le réseau de la santé et des services sociaux fait partie des services à revoir. Au-delà de la crise économique qui sévit au Québec, le réseau rencontre des difficultés significatives : le coût croissant des dépenses en santé, les listes d'attente, l'accès difficile aux services, le manque de ressources financières, le mécontentement des citoyens et des travailleurs du réseau.

Les investissements majeurs et croissants dans le secteur de la santé et des services sociaux au cours des années 1970, la diminution de la contribution du fédérale²², le ralentissement de la croissance de la richesse collective et l'entrée en récession dans les années 1980 provoquent durant cette même période une crise majeure dans les finances publiques de l'État. Cette crise soulève la question de la viabilité de certains programmes financés par l'État. Le contrôle des coûts devient un enjeu social avec la nécessité de revoir les modèles d'intervention et de réadaptation (Dorvil et Guttman, 1997) efficaces. Cette interrogation sur l'efficacité des pratiques professionnelles et du réseau institutionnel s'insère, à vrai dire, dans un contexte plus large soit la réforme des services publics et de l'administration de la fonction publique. Ainsi, les nouvelles réalités socio-économiques sont évoquées pour légitimer une réforme au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. On met sur pied une Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (CESSS) – la commission Rochon. La commission a pour mandat premier d'établir quel type de soins de santé le Québec est en mesure de se payer ainsi que d'établir les priorités en matière de services de santé. Le rapport Rochon est remis en 1989 cinq ans plus tard. Le rapport propose des changements majeurs pour le réseau de la santé et des services sociaux et les intervenant.e.s. Il sera suivi en 1987 le comité Brunet (1987) ou comité de réflexions sur les orientations du CLSC visant à proposer des rôles spécifiques pour le CLSC. Le gouvernement libéral entreprend des réformes de son administration et des services publics. Le réseau de la santé et des services sociaux est revu en profondeur. La réforme Côté – 1991 – la loi 120, s'appuyant sur les constatations du rapport Rochon, donne de nouvelles orientations au réseau de la santé et des services sociaux avec *une réforme orientée vers le citoyen*. On assiste avec cette réforme à une nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux ; réorganisation, décentralisation, régionalisation, virage vers la communauté, économie, fusion d'établissements, efficacité, objectifs de résultats constituent quelques mots clés de la réforme Côté.

²² Un document à l'appui rapporte que depuis 1977 le fédéral diminue graduellement sa contribution (Duperré, 1987 cité par Deslauriers, 1991). Ottawa ne donne pas aux provinces les moyens d'appliquer les standards nationaux requis par le fédéral.

LES IMPACTS DES RAPPORTS ROCHON, BRUNET ET HARNOIS

À la suite du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux (Rapport Rochon) déposé en 1988 et du rapport Brunet en 1987, et Harnois (1987) la ministre Lavoie-Roux rédige un document d'orientation (1989), *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec* (MSSS, 1989) et reprend certaines lacunes identifiées dans le document Rochon : des modes d'intervention privilégiés au moment de la réforme en 1970 sont actuellement mal adaptés aux nouveaux problèmes de la population ; des inégalités persistantes, sur le plan de la santé et du bien-être, sont fonction de l'appartenance à une catégorie socio-économique, au genre et territoire habité; des obstacles géographiques, linguistiques, culturels, à l'accessibilité des services et une mauvaise répartition des ressources sur le territoire dans certaines régions ; des services et des interventions morcelés, discontinus, impersonnels ; un personnel démotivé et des rapports de tension entre certaines catégories de personnel ; un partage confus des responsabilités à l'intérieur du réseau – dédoublement de services – et entre le réseau et les proches. Lourdeur remarquée dans le fonctionnement ; une répartition orientée sur le développement des services qui n'est pas toujours fait en fonction des besoins réels des clientèles, comme indiqué ici :

« La méthode d'allocation budgétaire actuelle favorise davantage la production de services que la réponse aux besoins des clientèles. Il y a donc intérêt à adopter un nouveau mode de répartition des budgets qui soit lié à **des critères d'évaluation de la performance**, quant à l'impact des services sur les clientèles et les problèmes, et quant à l'utilisation des ressources » (MSSS, 1989 : 11)

On cite dans ce même document les différentes transformations sociales – et les nouvelles attentes de la population, légitimant du coup les nouvelles orientations. Ainsi, devant les limites que rencontre l'État à répondre à la diversité des besoins, on souligne l'importance de l'action volontaire par de « nouvelles solidarités » à l'intérieur même de la population et de la communauté, tout en soulignant l'apport des organismes communautaires, complémentaire aux services donnés par l'État.

Dans la partie les « nouveaux guides pour l'action », on rapporte (1) la nécessité d'approches plus souples et mieux adaptés – sans définir ce que veut dire plus souples – ; (2) un système centré sur la personne en reconnaissant sa place et son apport au sein de l'organisation et l'importance d'une gestion performante ;

« Le système doit être orienté en fonction d'objectifs de santé et de bien-être, viser une maîtrise encore plus rigoureuse des dépenses sociales et une meilleure utilisation des ressources, dans un souci d'équité. L'évaluation continue doit supporter les choix budgétaires et les décisions relatives à l'organisation des services » (MSSS, 1989 :13).

Par ailleurs, le document cible à plusieurs égards les personnes âgées. On mentionne une certaine inquiétude quant à la consommation des services par les personnes âgées :

« Selon des données récentes, les personnes âgées drainent une part des dépenses publiques de santé près de quatre fois supérieure à leur poids démographique. Ainsi, on leur consacre 63% des dépenses publiques totales affectées aux soins de longue durée et 31% des sommes réservées aux soins de courte durée en centre hospitalier » (MSSS, 1989 : 42).

Au-delà des problèmes de santé, on commence ici à identifier des éléments qui devraient être revus dans le modèle d'intervention et la nature des services. On voit déjà un début de questionnement sur la clientèle qui présente des besoins plus complexes et jugés « consommateurs de services »²³. On estime également un taux d'hébergement trop élevé, on s'en remet aux familles pour apporter une aide concrète aux personnes âgées à domicile et renverser cette tendance ; « De plus, la véritable ouverture sur le milieu et le renouvellement des modes d'intervention, annoncés dans plusieurs politiques ministérielles, tardent à se refléter dans l'organisation des services et l'allocation des ressources: le recours à l'hébergement et au placement en établissement demeure élevé » (MSSS, 1989 : 10);

La ministre propose l'introduction de certains changements pour créer une nouvelle dynamique dans le système de santé ou pour expérimenter des formules novatrices. L'idée de partage des responsabilités, de collaborations intersectorielles, entre les divers secteurs dans la perspective de changements. Aux personnes en résidence

²³ La gestion de cas, mise en place un peu plus tard dans le réseau, devient une réponse aux personnes présentant des problèmes de santé complexes.

privée qui n'obtiendraient pas certains services des résidences privées, le ministère propose d'offrir des services aux personnes – le lieu de résidence n'est plus une frontière aux services dispensés par le ministère. Dans ce même document, une section importante traite du droit des personnes, de dignité, des nouvelles technologies, d'acharnement thérapeutique et de l'éthique. En somme, le document enchâsse et régularise les pratiques qui évoluent et qui du même coup exigent certaines balises professionnelles et cadres légaux.

David et coll. (1991 : 5), après analyse du document de Lavoie-Roux reprennent les lacunes identifiées par la ministre (1989) :

«- des modes d'intervention mal adaptés aux nouveaux problèmes de la population;
 - des inégalités liées aux catégories socio-économiques, au sexe, au territoire;
 - des obstacles géographiques, linguistiques, culturels, à l'accessibilité des services;
 - des services morcelés, discontinus, impersonnels;
 - un personnel démotivé;
 - un partage confus des responsabilités à l'intérieur du réseau et entre le réseau et le milieu».

Peu de temps après le dépôt de son avant-projet, juin 1989, la ministre Thérèse Lavoie-Roux est défaite lors des élections le 25 septembre 1989 et monsieur Marc - Yvan Côté devient ministre de la Santé et des Services sociaux. À son tour, il se met à la tâche pour identifier les lacunes du système et propose à son tour une réforme.

LA RÉFORME CÔTÉ

Cette partie reprend brièvement le contexte de la réforme Côté, ses lignes principales, une synthèse et enfin un critique. À cette section s'ajoute, une brève synthèse et critique de la Politique de santé et du bien-être (1992), un document d'orientations rédigé par le ministre lui-même qui se veut en continuité avec la réforme orientée sur le citoyen.

En dernière partie, une analyse de la réforme, et plus spécifiquement les impacts sur l'organisation des services, les services et les pratiques en travail social.

CONTEXTE DE LA RÉFORME CÔTÉ

Les décennies des années 1980-1990, nous l'avons souligné à plusieurs reprises, s'inscrit dans une période marquée par la crise — crise de l'emploi et de l'État providence avec un déficit des finances publiques. Cette crise implique de mettre une limite à la production des services collectifs publics.

Les projets politiques et économiques à grand déploiement sont terminés et l'État québécois glisse vers une orientation néolibérale avec des politiques de droite et d'autres plus centristes (David et coll., 1991).

La réforme Côté s'inscrit dans ce contexte avec pour principal objectif de freiner les dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux et de penser un système de santé plus efficient et performant, davantage centré sur les besoins du citoyen. Dès le début de son mandat, en 1989, le ministre Côté dépose à nouveau l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux²⁴, déposée par sa prédécesseure, mais il souhaite tout de même se forger sa propre opinion sur les orientations (Giroux, Rocher et Lajoie, 1999). Durant cette même période, le ministre Côté et certains hauts fonctionnaires se rendent en Europe pour s'inspirer de modèle novateur en gestion de la santé. L'Angleterre²⁵, pour son contexte institutionnel analogue à celui du Québec, retient l'attention du ministre et des hauts fonctionnaires, principalement pour ses idées sur la décentralisation, la régionalisation des services, et l'intérêt manifesté à la satisfaction du patient – un système centré sur la personne. À la suite de cette année de travail, on assiste le 7 décembre 1990 à la naissance du document d'orientations, le livre Blanc, intitulé

²⁴ On se souvient que la ministre Lavoie-Roux a déjà déposé le projet au moment où elle était ministre. La ministre ne se représente pas au moment de l'élection en 1989. De retour au pouvoir pour un second mandat, c'est maintenant à Yvan Côté que revient le ministère de la Santé et des Services sociaux.

²⁵ Différents types de réformes ont été mises en place et établir une typologie selon certaines caractéristiques. Giauque (2003 : 3) dégage trois types et l'Angleterre correspond au modèle de l'efficiencia ou modèle du marché : « C'est en quelque sorte celui qui a émergé dès le début des années 1980 dans certains pays anglo-saxons, notamment, et qui vise à rendre les organisations du secteur public plus efficientes, en les mesurant avec leurs homologues du secteur privé. Au sein de ce modèle, les notions économiques de concurrence et de performance productive sont dominantes, de même que les outils de gestion du secteur privé sont largement sollicités », c'est l'arrivée de la nouvelle gestion publique au sein des systèmes de santé.

« une réforme axée sur le citoyen » et, parallèlement, le ministre dépose le projet de loi 120.

Le projet de loi 120 reçoit une réaction plutôt froide et négative (David et coll., 1991). Durant l'étude du projet en commission parlementaire, où de nombreux groupes – association d'établissements, groupes professionnels, directeurs généraux, organismes communautaires, représentants des médecins²⁶, font valoir leur position. Le ministre mène en parallèle des discussions et des consultations avec des acteurs des milieux politiques et privés (Giroux, Rocher et Lajoie, 1999).

LA RÉFORME ORIENTÉE SUR LE CITOYEN

Le projet de loi 120 constitue l'aboutissement d'un long processus de réflexion sur le système de santé québécois. De nombreuses études ont été réalisées au cours des dix dernières années, notamment le rapport Harnois sur la santé mentale, le rapport Brunet sur les CLSC, le rapport Harvey sur la Direction de la protection de la jeunesse, mais principalement le rapport Rochon (David, 1991). Ce projet de loi 120 s'inscrit comme une réforme radicale du système de santé et des services sociaux avec des modifications de la loi de 1971 (White, 1992).

Les premières pages du livre blanc font état des pressions exercées sur le réseau de la santé et des services sociaux et de la nécessité de revoir les mécanismes, et les logiques, de fonctionnements actuels. Depuis dix ans, les dépenses en santé sont croissantes et cette augmentation des coûts est plus rapide que la croissance des

²⁶ Le milieu médical réagira fortement au projet de loi 120. On comprend les raisons de cette réaction des médecins, la rémunération à l'acte, le développement de services sophistiqués et bien d'autres aspects sont remis en question. Le regroupement des médecins fait le plus de pressions usant de différents moyens : médias, menace de grève, manifestations, ralentissement de travail, etc. Les médecins ont la faveur du public et des médias, ils usent de la conjoncture qui leur est favorable et obtiennent une rencontre avec le ministre et plusieurs autres rencontres auront lieu ; « les médecins ... y voyaient encore une fois une menace à leur autonomie professionnelle et à leur position dominante au sein des hôpitaux et des instances supérieures... la réforme a été adoptée, non sans quelques concessions aux médecins » (White, 1992 : 21). Selon un acteur de la scène politique de cette époque : « On négociait la loi » (Giroux, Rocher et Lajoie, 1999 : 686). Jeux de coulisses (Deslauriers, 1991 : 3), pressions, lobbying politique s'inscrivent au centre de cette réforme. Selon David et coll. (1991) [...] les médecins spécialistes qui encore une fois sont montés aux barricades pour protéger leurs intérêts corporatistes [...]».

revenus. Pour notre gouvernement, cette équation se résume à : « le système québécois coûte cher... » (MSSS, 1990 : 11). Par ailleurs, d'autres facteurs sont aussi en jeu. Ainsi, malgré la satisfaction générale de la population face à la qualité des services, les critiques sur les failles envers le système sont nombreuses. En voici quelques-unes : les coûts exponentiels du système de santé et des services sociaux, l'accès de plus en plus difficile aux services, manque de services en réadaptation, manque de spécialistes dans les régions éloignées, manque d'information sur les services disponibles, des orientations trop axées sur le curatif, une bureaucratisation trop lourde et la centralisation des services et du pouvoir, loin du citoyen et des priorités locales, des besoins et droits parfois peu considérés – on réclame des services plus humains. L'ensemble exige de revoir le système... (MSSS, 1990).

« [...] un accent trop important placé sur l'institutionnel, le curatif et la technologie... On interroge la rémunération à l'acte et la budgétisation des établissements qui incitent à une production plus grande de services et au développement de services de plus en plus sophistiqués. On pointe du doigt la centralisation, la bureaucratisation et la rigidité du réseau qui l'empêchent d'ajuster la réponse aux besoins, aux ressources et au dynamisme des milieux. On souligne le manque de contrôle sur les fonds publics... la duplication de services et le manque de complémentarité des établissements du réseau » (MSSS, 1990 : 9).

Le ministre soulève sept points majeurs. L'objectif de la réforme est donc de trouver des solutions aux lacunes du système actuel, et d'atteindre une efficience dans l'utilisation des ressources et une efficacité dans la recherche de solutions des problèmes de santé et de bien-être (MSSS, 1990). L'allocation des ressources constitue ici une préoccupation importante et la rationalisation de celles-ci passe par une recherche d'efficacité et d'efficience. Les défis de la réforme, tels que cité dans *une réforme axée sur le citoyen* « MSSS, 1990 : 9-10) :

- « - assurer un développement qui corrige les lacunes actuelles des services à la population et qui permette de répondre aux besoins de demain;
- assurer un fonctionnement qui rende le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être;
- assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité. »

La réforme est résolument orientée vers le citoyen, car «c'est aux citoyens que sont destinés les services rendus par le réseau de la santé et des services sociaux» (MSSS, 1990 : 11). Selon le ministre, le citoyen a perdu sa place dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il met en évidence, entre autres facteurs contextuels, la structure complexe du réseau et la situation de conflits interprofessionnels au détriment des intérêts du citoyen. Cet état de fait implique de réorienter le système vers le citoyen et vers des objectifs en fonction des besoins de la personne, de ses problèmes et de ses attentes. Le système doit s'ajuster avec souplesse et rapidité à ses besoins et «placer la personne au centre du système» (MSSS, 1990 : 1).

Le citoyen est posé ici comme client, consommateur, décideur et payeur (MSSS, 1990 : 12), comme dans un libre marché²⁷. La réforme se centre sur trois principaux aspects : le citoyen, des services adaptés aux besoins et accessibles aux citoyens, la gestion des ressources et le financement. Cette direction – citoyen consommateur, décideur et payeur – permet «d'ouvrir de nouvelles possibilités, de maîtriser les coûts et de financer le système» (White, 1992 : 22). Le ministre propose donc, au réseau et à la population, des modifications significatives dans les structures, les approches, l'organisation et le financement du système de services et de la dispensation des soins (David et coll., 1991).

I- Le citoyen consommateur :

Le réseau éprouve des difficultés à s'adapter aux besoins du citoyen (Commission Rochon) dont la capacité à : réajuster ses interventions, lorsque nécessaire ou faire face à des clientèles en émergence, se rapprocher des milieux où vivent les citoyens, mettre en place de nouvelles formes d'intervention, à tenir compte de l'aspect global de la personne et de son intégrité. Les limites nommées sont parfois liées au manque de ressources, mais parfois sont davantage liées à des attitudes, comportements, valeurs ou intérêts corporatifs (Québec, 1990). Pour redonner au citoyen sa place à titre de consommateur au centre du système, on s'engage à poursuivre quatre orientations : reconnaître et respecter les droits des citoyens (1) ; adapter des services

²⁷ Le document se rapproche des priorités du Rapport Rochon et de l'Organisation mondiale de la santé (voir le document Santé pour tous en l'an 2000).

à leurs besoins (2); recevoir des services le plus près possible de leur milieu de vie (3); accueillir, aider et traiter le citoyen par «un personnel dévoué et dédié à sa tâche» (4) (MSSS, 1990 : 13). On propose pour chacune des quatre orientations, des moyens pour résorber, traiter, voire améliorer, la situation. Chacune des orientations est ici discutée.

1-Reconnaître et respecté les droits des citoyens.

On traite dans cette partie des droits des usagers, pas moins de 48 articles. Mise en place d'un code d'éthique au sein des établissements énonçant les droits des personnes, accès au dossier médical, information sur le mécanisme des plaintes, transparence dans le traitement des plaintes, etc. On peut y voir ici toute la sensibilité du ministère accordée aux droits des destinataires de l'aide par le lobbying fait par les comités de bénéficiaires et organismes de défense de droits.

2-Adapter des services à leurs besoins

On souhaite corriger l'accès aux services en consolidant le réseau de première ligne et moderniser les infrastructures ; « il faut consolider le réseau de première ligne ; améliorer les services d'urgences ; moderniser et adapter les installations et les équipements ; » (MSSS, 1990 : 1). Il faut ici revoir les heures d'ouverture et développer les services appropriés pour encourager le citoyen à utiliser le réseau de première ligne.

Ces réalisations passent par l'équité budgétaire entre les CLSC en rehaussement et les CLSC sous financés. Mettre en place différentes mesures pour inviter les médecins en cabinet privé à collaborer plus étroitement avec le réseau, dont pratiquer également dans un établissement public et ajuster à la baisse la rémunération des médecins qui refusent cette modalité.

Certaines clientèles retiennent une attention particulière pour l'adaptation des services : personnes âgées, jeunes en difficulté, personnes handicapées, personnes alcooliques et toxicomanes, les nations autochtones, la communauté anglophone et

les communautés culturelles. Pour chacune des clientèles, des mesures sont proposées.

3-Des services plus près du milieu de vie

Recevoir des services le plus près possible de son milieu de vie. Des difficultés d'accès à des professionnels persistent malgré des efforts déployés. Certaines personnes doivent toujours se déplacer vers les grands centres pour recevoir des services ou s'en priver. La pénurie de certaines classes de professionnels ajoute aux difficultés : médecins spécialistes, infirmières, ergothérapeutes, audiologistes, etc. Le ministre entend mettre en place certaines mesures incitatives pour inviter les médecins en régions et augmenter les admissions universitaires dans certains secteurs.

4-Accueillir, aider et traiter le citoyen par « un personnel dévoué et dédié à sa tâche »

Et pour faire en sorte que les citoyens soient accueillis et aidés comme il se doit, il faut motiver et valoriser le personnel et lui donner l'occasion de relever de nouveaux défis. Le ministre entend favoriser la participation du personnel aux orientations de l'établissement réservant des sièges au conseil d'administration. Reconnaître l'excellence – prix d'excellence –, accroître le perfectionnement et la mobilité du personnel.

II-Le citoyen décideur

Pour replacer le citoyen en tant que décideur, le ministre entend poursuivre trois orientations : une prise de décision le plus près possible de l'action (1); des citoyens au cœur de la prise de décision (2); des citoyens imputables de leurs décisions (3).

Décentralisation et prise de décision par des citoyens imputables et responsables

Afin que la prise de décision soit le plus près possible de l'action il importe d'effectuer une réelle décentralisation vers les régions en accorder une véritable marge de manœuvre aux établissements en définissant clairement les fonctions et les responsabilités pour chacun des établissements. Pour ce faire, le ministre entend créer un palier régional, une régie de la santé et des services sociaux pour chacune des régions administratives. Les C.R.S.S.S. sont donc remplacés par des régies régionales. Par ailleurs, l'efficacité des programmes constitue une priorité, le ministère demeure l'ultime responsable des orientations et des objectifs, et la régie doit voir à définir les priorités selon les territoires.

Le ministre revoit également la configuration du réseau : il revoit la mission des établissements – CSS qui devient la protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ); les centres d'accueil et les soins de longue durée sont regroupés en une seule catégorie et deviennent des CHSLD. Enfin, cinq catégories d'établissement sont reconnues : les CLSC, les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Les CLSC deviennent l'établissement public de première ligne. Les autres d'établissements sont maintenant des dispensateurs de services spécialisés, avec une clientèle reçue sur référence. Les ressources intermédiaires doivent également être revues dans leur fonction. Les régies régionales devront déterminer les critères d'accréditation.

Le ministre entend également revoir l'organisation de la santé publique en élaborant un programme global de santé publique. La gestion du programme de la santé publique est confiée à la régie régionale.²⁸

²⁸ Les 32 DSC – département de santé communautaire – qui étaient rattachés au CH deviennent maintenant 16 directions régionales de santé publique sont rattachées aux 16 régies régionales de la santé et des services sociaux (Mayer, 2002).

La composition des conseils d'administration est revue « pour favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements publics et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources d'encadrement» (Livre blanc, 1990 : 69) :

- un CA par territoire pour les CHSLD de 50 lits et moins;
- un CA par région pour les centres de protection de l'enfance, les centres de réadaptation pour jeunes et pour les jeunes mères;
- un CA par région spécifique pour les autres établissements - CLSC; le centre hospitalier; le centre d'hébergement et de soins de longue durée ayant plus de 50 lits de soins généraux et spécialisés; le centre hospitalier universitaire; l'institut universitaire ; CRDI.

La composition des CA suivant les établissements est également révisée. Élu au moment de l'assemblée annuelle, le CA est composé majoritairement de citoyens, 4 représentants de la population (5 dans les C.L.S.C.) et deux représentants-es seront désignés par le ou les comités d'usagers-usagères. Et le personnel a trois représentants, un élément nouveau de ce projet de loi.

Par ailleurs, même s'il y a décentralisation, avec une marge de manœuvre plus grande, les membres siégeant au conseil d'administration sont contraints à des mécanismes d'imputabilité «Ils devront ainsi formellement rendre des comptes sur les sommes utilisées et les actions entreprises ... à la population qu'ils desservent et... à l'instance supérieure dont ils tirent leur financement» (MSSS, 1990 : 72). Le ministre renforce la notion d'imputabilité surtout l'efficacité dans la gestion des ressources.

Les organismes communautaires

On revoit également la contribution des organismes communautaires par une reconnaissance de leur apport et dans cette idée, on s'apprête : « préciser leur statut dans la loi; favoriser leur participation à la prise de décision et à la concertation ; assurer un financement adapté ; évaluer leur activité à la lumière du niveau de financement reçu» (MSSS, 1990 : 60). L'article 256 définit quels types d'organismes communautaires seront subventionnés par la régie. Par ailleurs, l'article 258 exige

que les organismes communautaires aient chaque année une assemblée générale dans laquelle a lieu la présentation du rapport d'activités et du rapport financier. Ces mêmes rapports doivent être présentés au bailleur de fonds de la subvention. Le livre blanc traite également des mesures de participation des organismes aux décisions et à la concertation.

III- Le citoyen payeur

Devant la croissance des coûts, le citoyen et l'État doivent revoir leur capacité de payer. La réforme actuelle doit répondre à quatre critères – l'équité dans la juste distribution des risques et du fardeau financier (1); maintenir la capacité concurrentielle du Québec – éviter d'alourdir le fardeau financier (2) ; améliorer l'efficacité du réseau et des services (3); atteindre les objectifs budgétaires (4). Donc, en conséquence afin de rendre le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'usage des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être, il faut, selon le ministre,

« recentrer le réseau sur des objectifs de résultats; allouer les ressources en fonction des populations à desservir et de la performance des établissements; revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés; freiner la multiplication des services; ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique de la population; rendre la rémunération des médecins plus compatible avec la pratique en établissement » (MSSS, 1990 : 78-79).

Dans l'atteinte de ces objectifs, différentes mesures seront mises en place : freiner l'implantation des technologies de la santé ; obliger les achats en commun ; réduire la multiplication des services ; interdire la double rémunération de la main-d'œuvre médicale ; limiter les activités des laboratoires publics et privés. Par ailleurs, dans les moyens visés pour atteindre des objectifs de résultats, **on rendra publique une politique de santé et de bien-être énonçant des objectifs axés sur la diminution des problèmes spécifiques et les besoins de clientèles particulières**; la reconnaissance et le soutien de la contribution des personnes, des familles et des communautés.

Le ministre entend également développer la recherche sociale - recherche évaluative, clinique et épidémiologique. On voit ici se pointer, dans cette perspective, les données probantes et des bonnes pratiques. Par ailleurs, le ministre entend revoir la budgétisation des établissements selon leur performance «établir des mesures de performances», revoir le budget en fonction des caractéristiques de la population sur le territoire. Les différents programmes assurés seront l'objet d'une révision, dont le programme d'assurance médicaments. On entend également revoir la fixation du prix des médicaments défrayés aux pharmaciens. Par ailleurs, dans le but d'atteindre ses objectifs budgétaires, l'État doit mettre en place un impôt services sur les programmes complémentaires d'assurance médicaments, de services dentaires et optométriques et de services d'orthèse et prothèse (p.88). Mesure qui devrait tenir compte des revenus des particuliers pour limiter le montant retenu sur impôt.

SYNTHÈSE ET CRITIQUE DE LA RÉFORME CÔTÉ :

Synthèse

En somme, la réforme Côté, sur le plan économique, propose en quelque sorte le maintien du système public tout en tentant d'affirmer un certain contrôle des dépenses. Toutefois, sur le plan structurel, on procède à une restructuration institutionnelle majeure en établissant certaines priorités dans les services donnés. Ainsi, les services de proximité deviennent une priorité, tout comme l'accessibilité et le renforcement de la première ligne. Le CLSC devient la porte d'entrée du réseau. On ne voit pas de véritable analyse derrière cette réforme, ni de référence au contexte social de la population dont pourtant on s'empresse d'identifier des priorités. D'où viennent-elles?!

On cible des priorités et des clientèles bien précises pour les services ; «adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers» (1990 : 23 à 34). Étonnant, car on ne retrouve ici aucun objectif global de santé (David et coll., 1991). Comment en est-on arrivé à cette initiative – on ne le sait pas trop. Les objectifs arriveront plus tard, avec *la politique de santé et de bien-être* (1992), un peu tard, disons-le – cette politique est discutée dans la prochaine section. Les priorités définies par le ministre se sont déplacées depuis Madame Lavoie-Roux (David et

coll., 1991). Cette dernière avait identifié « les personnes limitées dans leurs activités à cause d'une déficience, d'une incapacité; les personnes victimes de violence; les itinérants. » Quant au ministre Côté, les priorités, nommées un peu plus haut (p.53) sont : les personnes âgées; les jeunes en difficultés; les personnes handicapées; les personnes alcooliques et toxicomanes; les nations autochtones; la communauté anglophone; les communautés culturelles. Que s'est-il passé entre les deux versions ?!

Dans ce livre blanc, on propose une meilleure continuité dans les soins et services par la complémentarité entre les établissements. On mise sur un meilleur partenariat interétablissement. On reconnaît enfin la contribution des organismes communautaires, « qu'il faut utiliser pleinement » (Mayer, 2002 :400), par l'octroi de financement récurrent, mais à quel coût, disent plusieurs (Deslauriers, 1991). On effectue une décentralisation des responsabilités vers les régions et la création de nouvelles régies régionales (18 régies) dotées d'une autonomie décisionnelle beaucoup plus grande (la transformation des conseils régionaux de la santé et des services sociaux) (Bélanger, 1992 ; Deslauriers, 1991). Malgré la décentralisation, les régies et les établissements devront rendre des comptes. On assiste à une décentralisation et à une régionalisation découle alors une modification des types d'établissement et de leur mandat (Mayer, 2002). La décentralisation assure la spécificité au local en lui permettant certaines décisions tout en lui indiquant ses limites de pouvoir : « La prise de décision doit être locale dans la mesure où l'action elle-même est locale... » (MSSS, 1990 : 42). Le mandat des régies régionales est également révisé. On met en place des régies régionales qui deviennent en quelque sorte les bras droits des ministères.

On souhaite interpeller davantage le citoyen en favorisant une participation plus marquée du public au sein des mécanismes de prise de décision – conseil d'administration des établissements et des régies régionales. Les consommateurs-payeurs deviendront aussi décideurs, ils verront un renforcement de leur droit de parole en devenant majoritaires dans les conseils d'administration des établissements et auront aussi une place dans les commissions régionales (White, 1992).

L'État renvoie à différentes instances et aux citoyens, des responsabilités importantes qu'il assumait jadis, mais l'État demeure maître d'œuvre dans les objectifs visés. Les établissements doivent s'aligner sur l'efficience et l'efficacité, une gestion plus efficace, et seront évalués à partir de leur performance quitte à faire face à une pénalité financière. Le gouvernement tente, par son impôt services, de financer ses programmes. Et on propose par différents moyens de contrôler les revenus abusifs de certains médecins.

Critique

La réforme se colle aux principes et grandes mesures du précédent document de Lavoie-Roux : objectifs de résultats, décentralisation, approche par programme (programme-clientèle), en intégrant toutefois le citoyen comme axe central de la réforme. L'imputabilité, la responsabilité, se dresse en filigrane de la réforme. D'ailleurs, comme l'indique David et coll. (1991 : 18) : « [...] le premier article du projet de loi 120 insiste sur la responsabilité (en fait... la responsabilisation) des individus à l'égard de leur santé et bien-être ». Ce même citoyen qui aurait, comme on le mentionne dans les premières pages du rapport, des attentes trop élevées à l'égard du réseau et de l'État (1990 : 11). Ce même citoyen doit prévenir les éventuels abus du système. La position donnée au citoyen est difficile à bien saisir. On lui délègue certes, certaines responsabilités, tout en élevant le bâton de l'imputabilité – d'une forte responsabilité. En fait, l'État est toujours dans cet esprit de contrôle, et non pas par la prise en charge, ou une centralisation excessive, mais à l'inverse... En fondant son discours sur la responsabilité, l'État a certaines attentes. Cette responsabilité s'inscrit dans l'atteinte de résultat attendu par tout acteur : le citoyen, le CA, l'établissement. Nous sommes ici très loin d'une autonomie visant l'autodétermination, les priorités et les résultats étant définis par l'État, son ministère. En fait, le citoyen devient ici objet de contrôle de l'État. Il peut même se voir puni, sanctionné, s'il n'agit de manière responsable. Certaines stratégies sont également mises en place pour comparer les établissements et nourrir la rivalité, la compétitivité, la performance (David et coll. 1991 : 19) et conséquemment, l'individualisme.

La régionalisation dont on fait part est davantage synonyme de contrôle et de domination. Elle est vertement critiquée par de nombreux détracteurs. La centralisation a déjà amené une standardisation des services et le type de décentralisation proposée, dans un contexte de récession et de désengagement de l'État équivaut à renvoyer la note aux municipalités et aux régions (David et coll., 1991 : 28) : « la régionalisation est associée à un mode de gestion bureaucratique et autoritaire (gestion par programme, financement par services, etc.) ». Par ailleurs, rien n'est dit sur l'équité entre les régions.

Par ailleurs, cette réforme est ancrée sur la logique des services de santé, on dénote l'absence des services sociaux et de l'action communautaire. David et coll. (1991 : 20), en font également la remarque : « Par exemple, lorsqu'on parle de revaloriser le rôle des C.L.S.C. et d'en faire réellement un établissement de première ligne, on axe les mesures proposées sur l'augmentation des services médicaux ».

Par ailleurs, on incite à la solidarité des réseaux naturels face aux personnes âgées et personnes handicapées, mais ce sont encore ici les femmes qui écoperont de ces responsabilités. Traverse dans cette réforme, un courant de privatisation et d'atteintes à la gratuité par de nombreux exemples identifiés dans la loi par David et coll. (1991) :

« [...] à partir de l'évaluation de la capacité financière d'une personne, le gouvernement peut réduire la gratuité de certains services (art. 384); le gouvernement détermine la contribution exigée des personnes résidant en centre d'accueil (art. 415). C'est ainsi qu'il a tellement haussé les frais d'hébergement des personnes âgées que celles-ci n'ont presque plus d'argent pour leurs besoins personnels; la Régie de l'assurance-maladie peut déterminer le montant des contributions exigées d'un bénéficiaire pour les services qu'il reçoit. C'est à elle également qu'il revient de juger "dans quelle mesure et suivant quelles modalités la capacité financière peut être considérée pour la détermination des contributions exigées » (art. 474, 3e).

Malgré ces critiques, quelques éléments apparaissent intéressants et à certains moments novateurs dans la réforme, dont un pouvoir redonné au citoyen par rapport au système de santé et services sociaux. Pour régler les problèmes d'accessibilité, on souhaite, entre autres, consolider la première ligne. Les CLSC deviendront la porte

d'entrée des services de première ligne pour « permettre de désengorger les urgences des hôpitaux » (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2010 : 103).

Les soins intégrés de santé se révèlent novateurs, mais n'obtiennent pas la réception souhaitée. Autre bonne nouvelle, l'amélioration de la distribution des médecins sur le territoire et la ventilation « du budget de la RAMQ des services médicaux par région, à partir des caractéristiques démographiques et de l'état de santé de la population » (MSSS, 1990 : 36-37). Le ministre rappelle également le travail de collaboration et l'importance des bons partenariats – les médecins sont ici visés par le contrôle des cabinets privés (p. 37).

Toutefois, au-delà de ces éléments, et de l'imputabilité renvoyée à différentes instances – aux familles et communautés –, on ne voit pas de grands projets novateurs visant à soutenir le citoyen. On demeure ici davantage orienté sur la modification de comportements et des habitudes de vie et la prévention dissuasive – dénoncer les abus - comme stratégies de changement de comportements et voir même à contrôler les pratiques professionnelles, comme le rapporte David et coll. (1991 : 24) : « Le Livre blanc contient en effet de multiples références à la nécessité de bâtir un réseau intégré d'informations qui permettrait un meilleur contrôle de la pratique des professionnels et des habitudes de consommation des utilisateurs de services afin d'en limiter les coûts ». Encore ici des mesures de contrôle.

Cette politique vise le contrôle des finances public par un désengagement financier de l'État, responsabilité remise aux citoyens. Responsabilité à trois volets : assurer un contrôle des coûts au sein des établissements (1), de sa propre santé (2) et de ses proches (3). Ici, pas de projet de grandes réformes sociales ou de santé, il s'agit « de recentrer le réseau sur des objectifs de résultats » (MSSS, 1990) et les établissements n'ont guère de marge de manœuvre. Pour maintenir le contrôle des finances, l'État s'attend à des résultats : démonstration par les établissements l'atteinte de résultats tout - orienter la gestion du système en fonction d'objectifs visant à régler des problèmes de santé et de bien-être (MSSS, 1990 ; 91) en respectant les budgets sinon les établissements risquent ici des pénalités administratives. La ligne se durcit.

La Loi sur les services de santé et des services sociaux est adoptée en août 1991, à la suite d'un long processus, soit de 1985 à 1991, marqué par le dépôt de nombreux documents, de rencontres, de négociations. Avec la forte opposition des médecins - il faut se rappeler l'été 1991 –, le projet de réforme est adopté en août, mais avec des ajustements (Giroux, Rocher et Lajoie, 1999 ; Deslauriers, 1991 ; David et coll., 1991). Comme l'indique Deslauriers (1991), la multiplication des documents, les nombreuses consultations, font état de la grande prudence du gouvernement avant d'agir et des enjeux associés à cette réforme. Toutefois, même si cette réforme modifie largement la carte des établissements sociosanitaires, en raison des fusions, des changements de missions, le système demeure sous un modèle relativement identique «construit sur les mêmes piliers qu'hier» : les établissements» (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2010 : 96).

En juin 1992, le ministre annonce une deuxième grande stratégie de réforme: l'adoption d'une Politique de santé et du bien-être (MSSS, 1992) qui comporte dix-neuf objectifs sociosanitaires pour l'année 2002, une politique d'orientation avec des répercussions importantes pour la suite de la réforme dans le rapport à l'autre dans l'intervention.

LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992) : UNE POLITIQUE D'ORIENTATION

La politique de la santé et du bien-être, comme l'indique le ministre, s'inscrit dans la continuité de la réforme du système de services et représente davantage un document d'orientation plus que des mesures effectives. Cette nouvelle orientation doit guider l'organisation et le fonctionnement du réseau de la santé (MSSS, 1992).

La politique promeut dix-neuf objectifs visant à réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux pour l'année 2002. Dans ce document, on s'engage à réduire dans une période déterminée certaines maladies en fixant même un certain pourcentage d'amélioration. On reste toutefois plus prudent quant aux problèmes sociaux sur ces pourcentages.

Ces dix-neuf objectifs ciblés dans la politique sont regroupés dans cinq champs – l'adaptation sociale ; la santé physique ; la santé publique ; la santé mentale ; l'intégration sociale. Pour chaque problème, la Politique fixe une cible et les actions prioritaires pour atteindre les résultats d'ici 2002. Ces objectifs de résultats obligent à identifier les moyens et les stratégies d'action les plus efficaces au sein du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 1992).

CRITIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

La valeur de cette politique revient principalement au rapport fait entre la santé, le bien-être et les conditions de vie ; l'interaction étroite entre les mauvaises conditions de vie, la maladie physique et les problèmes sociaux. La maladie est expliquée autrement que par une logique biomédicale. La politique propose une vision plus globale de la santé et du bien-être, une visibilité aux problèmes sociaux, une première ligne plus forte – prévention –, la concertation et la recherche, et la décentralisation. En filigrane, il faut voir une préoccupation pour une meilleure gestion du système et une réorientation de celui-ci.

Les avis demeurent partagés quant aux impacts de la politique de santé et du bien-être. Pour certains cette politique met de l'avant « un projet de meilleure gestion du système ainsi qu'un projet de réorientation » (White, 2002 : 24) et pour d'autres il met en péril le concept même de solidarité sociale en ciblant directement certaines populations considérées à risque, qualifiées de « populations vulnérables » en projetant d'intervenir directement auprès des populations ciblées. Cette direction inquiète quant à la régulation des comportements jugés déviants ou nuisibles à la santé qui engendrent des coûts à la santé (Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 1993). Cette orientation fait craindre également une imputabilité induite renvoyée aux citoyens quant à leur condition de santé et leur bien-être. Selon White (1992 : 24) : « il faut privilégier, si l'on veut atteindre les objectifs de santé et les objectifs sociaux, des stratégies de recherche intensive, des projets pilotes ainsi que des mesures de prévention et de promotion plutôt que des stratégies de contrôle social oppressives. » La politique s'inscrit dans une vision individualiste, de responsabilité personnelle, plutôt que construite sur une

responsabilité collective partagée et solidaire les unes des autres, porteuse de changements sociaux. **Cette orientation** n'appelle pas à la recherche de solutions sociales.

La PSBE et la réforme nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux imposent diverses mesures visant principalement à accroître l'efficacité et l'efficience tant administrative que clinique du système, en misant notamment sur des processus d'évaluation rigoureux et l'élaboration d'outils et d'indicateurs qui mesurent l'atteinte des objectifs. Les éléments les plus souvent cités dans le document dans un contexte de déficit budgétaire : la gestion par résultats, la priorité aux interventions les plus efficaces, l'intervention auprès des groupes vulnérables, le contrôle de la qualité et l'évaluation des résultats. Le souci de rationalisation derrière cette politique d'évaluation par résultats constitue un marqueur important d'une restructuration orientée davantage dans un souci d'efficacité technique et d'atteinte des résultats. D'importantes compressions, soit plus d'un milliard de dollars sont imposés au réseau entre 1995-1998, et 158 millions \$ en 1998-1999.

Deux défis attendent les organisations soit la surbureaucratiation et la surtechnocratisation susceptibles de se développer par la concentration du pouvoir laissée aux régions régionales (White, 1992).

LES CLSC, LA SUITE

Peu de temps après sa nomination, en février 1986, la ministre Lavoie-Roux impose un moratoire sur le parachèvement du réseau et remet en question l'implantation de plusieurs nouveaux CLSC malgré l'annonce du précédent gouvernement (Bourque, 1988). La ministre Lavoie-Roux commande un rapport sur la situation des CLSC. Le comité Brunet recommande le parachèvement des CLSC et l'allocation de nouveaux budgets pour l'ensemble des programmes et dans l'objectif de redresser la situation des CLSC créés après 1981 « qui ont un budget de moitié inférieur à celui des CLSC implantés

entre 1972 et 1977 et cela, même en dollars réels » (Brunet, 1987: 26).

La création des CLSC se poursuit, comme le recommande le comité Brunet, mais l'implantation, telle que faite jusqu'à ce jour, prend une allure autre par des fusions. On regroupe des districts de CLSC, et à d'autres endroits, des établissements – CLSC et CA (Bourque, 1988 ; Larivière, 2007). Ces perspectives sont lourdes de conséquences, la population s'accroît et la taille initialement modeste des CLSC prend des dimensions considérables. Les listes d'attente s'allongent aussi. Les établissements se transforment et avec arrive la bureaucratie, la centralisation et la hiérarchie. L'encadrement subit déjà dans les CLSC de Montréal une mutation. Sont créés au niveau supérieur des postes de cadre et on ajoute un niveau inférieur d'encadrement au maintien à domicile soit un adjoint à la coordination (Bourque, 1988). Selon Bourque (1988 : 46), il n'y a jamais eu de parachèvement des CLSC, mais « des expériences administratives et de gestion susceptibles de nuire davantage ce réseau institutionnel ». La fédération des CLSC (FCLSCQ), comme le mentionne Bourque (1988), demeure muette malgré une publication faite en 1986 où elle fait état des menaces de la fusion « le principal danger d'un tel modèle [la fusion], c'est que le réseau hospitalier ne draine les crédits affectés à la santé communautaire ceci au détriment du développement et de la consolidation des CLSC » (Lalonde, 1986: 20).

LES ANNÉES QUATRE-VINGT DE 1982 À 1989²⁹

Compression des services de l'État et impacts sur les pratiques

Dès 1982, on assiste à des vagues de compressions au sein des programmes gouvernementaux et à un vaste processus de transformations dans la gestion des ressources dans le but de contrôler les dépenses publiques, et peu importe le parti au pouvoir à l'Assemblée nationale³⁰ (Pelchat, Saint-Georges,

²⁹ Le découpage conceptuel et historique comme le rapporte lui-même Larivière (2007 : 61) a été repris, mais « comporte un caractère relativiste, particulièrement en ce qui concerne ses frontières temporelles ». Certaines périodes se chevauchent pendant un certain temps pour ensuite laisser place à l'autre suivant les forces en présence.

³⁰ Le parti libéral succède au Québécois en 1985.

Benoît et Cyr, 2008). L'organisation, la nature des services dispensés, la forme d'intervention à privilégier dans le système de santé et des services sociaux sont remises en question. (Poulin, 1982 : 49). Cette crise organisationnelle n'épargne pas les pratiques» (Mayer, 2002).

Le CLSC qui consacrait initialement une place importante à la prévention délaisse peu à peu ce mandat. Avec le début des années quatre-vingt, le discours a pris un sens plus précis et étroit en ciblant directement certains comportements – « port obligatoire de la ceinture, limitation de la vitesse, port des casques de sécurité, etc. » (Mayer et Groulx, 1987 : 76) que l'on croit modifiable et qui a une incidence directe sur la rentabilité de l'État (Mayer et Groulx, 1987). Il s'agit ici d'épargner. Les facteurs de ce retrait sont notamment liés à l'augmentation de la fréquentation des CLSC, par le transfert de certains programmes des CSS, l'ajout de mandats subsidiaires, sans budget. Ces ajouts de services et la hausse de la fréquentation apportent une pression supplémentaire sur le personnel.

Les compressions du réseau ont pour effet de diminuer l'accès aux services professionnels, entre autres aux physiothérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux. Les conséquences sont immédiates. On voit s'allonger les listes d'attente, les citoyens sont de plus en plus nombreux à se prémunir d'assurances privées, à défrayer des laboratoires privés pour des analyses prescrites par leur médecin (Pelchat, Saint-Georges, Benoît et Cyr, 2008).

Une des préoccupations du ministère a pour objet l'articulation des services sociaux entre la 1^{re} ligne (généraux) et la 2^e ligne (spécialisés). Tel que rapporté plus haut, un cadre de partage formulé par les affaires sociales en 1984 a précédé le transfert des effectifs et établi les responsabilités entre les établissements. Cette entente a permis à de nombreuses travailleuses sociales, insatisfaites du contexte d'intervention dans lequel elles évoluaient – contexte d'autorité ou contexte hospitalier – d'intégrer les CLSC (Larivière, 2007). Les négociations et les transferts des individus en provenance des CSS vers le CLSC n'ont pas été chose facile.

Le rapport Brunet (1987) est déposé durant cette période avec des recommandations et un ensemble de rôles spécifiques pour les CLSC. Les orientations proposées s'inscrivent en droite ligne avec les soins de santé primaires tels qu'établis par l'OMS.

Afin de rendre plus explicites leur mission, leurs services, et d'entamer des pistes de réflexion pour la collaboration à venir avec leurs partenaires institutionnels et communautaires, le ministère et la Fédération des CLSC rédigent un cadre de référence (Fédération, 1994). Ce document vise, entre autres, à mieux encadrer et orienter les pratiques et propose un modèle unique : l'approche communautaire³¹ (Gingras, Robert et Ouellet, 1988), inspirée « d'une lecture systémique des besoins » des destinataires de l'aide en misant sur leur propre ressource (Larivière, 2007). L'approche communautaire constitue une nouvelle manière de penser et d'offrir les services (Gingras, 1988). À tout le personnel, on dispense une formation sur cette approche. Parallèlement, la fédération propose un « panier de services », un tronc commun de services », en invitant les CLSC à allonger les heures d'ouverture et les journées du week-end. De même, les gestionnaires des CLSC encouragent des pratiques de groupe et on encadre la durée des pratiques des interventions thérapeutiques.

Les modèles d'intervention à court terme et l'intervention de crise obtiennent la faveur des établissements. De nouveaux services spécialisés font leur entrée – centre de jour pour personne en perte d'autonomie, équipe de santé mentale, etc. (Larivière, 2007).

Ainsi, la marge de manœuvre initiale dont disposaient les intervenant.e.s dans les premières années d'existence des CLSC s'estompe peu à peu depuis la fin des années quatre-vingt, avec la mise en place d'un encadrement plus serré des

³¹ Le guide démontre comment la réponse aux demandes individuelles peut s'inscrire dans une approche communautaire (Favreau et Hurtubise, 1993) cité dans CLSC et Communautés Locales : L'approche communautaire elle est nouvelle manière de penser et d'offrir des services (Gingras, 1988) tiré de l'approche communautaire : Essai de conceptualisation.

pratiques. Du coup, la marge de manœuvre et la latitude permise pour les projets plus novateurs et improvisés, possible au tout début de la mise en œuvre des CLSC, s'estompe de plus en plus pour faire place à un encadrement des pratiques professionnelles. Par ailleurs, les orientations, les interventions et les moyens sont définis par les établissements et les intervenant.e.s et non par les groupes de citoyens. Avec cette manière de procéder, une distance s'établit entre les intervenant.e.s et les citoyens. On n'agit plus avec, mais sur... des cibles. La composante santé prend une place de plus en plus significative dans les orientations et les services classés au second rang.

LA RÉFORME ROCHON (LE RAPPORT 1988 ET LA RÉFORME DE 1995) : STRUCTURE, ORIENTATION ET ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES

Arrivée du PQ au pouvoir.

Le 12 septembre 1994, le Parti québécois reprend le pouvoir et Jean Rochon est nommé à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux par le premier Ministre Jacques Parizeau.

Le ministre, comme on le sait, a établi un projet de réforme en 1988, qu'il a présenté sous le titre de « **Rapport Rochon** ». Ce rapport commandé par la ministre Lavoie-Roux n'a pas été complètement appliqué par le gouvernement libéral (Guay, s.d.). Et c'est en 1995 que le ministre Rochon démarre une autre restructuration majeure du système de santé du Québec visant à réduire le temps d'hospitalisation en offrant des services à domicile. Le virage ambulatoire fait son entrée avec les avancées technoscientifiques permettant d'offrir différents soins à domicile. Les services de premières lignes sont en avant plan de cette réforme en offrant des services dans le milieu naturel des personnes, plutôt que l'utilisation de ressources institutionnelles. Pour atteindre ces objectifs, les responsabilités des établissements sont revues. Cette réforme implique alors des fermetures et des fusions d'hôpitaux, voire même un changement de vocation pour certains établissements (Vaillancourt et Jetté, 1997 ; Gaumer et Desrosiers, 2008).

En s'engageant sur cette voie de la désinstitutionnalisation, les « chirurgies d'un jour » vont se multiplier. On crée également le service Info-santé visant à obtenir une consultation téléphonique sur un problème de santé et orienter la personne vers le bon service.

Cette réforme s'inscrit dans une série d'efforts concertés visant la recherche de solutions à l'égard du secteur de la santé (Bédard, 2010). Elle s'inscrit avant tout dans une nouvelle dynamique de « reconstruction de l'État pourvoyeur de services et elle illustre un véritable changement paradigmatique des fonctions providentielles de l'État » (Lesemann, 2002, ix). Le gouvernement vise, par cette disposition, à contrôler et limiter les effectifs, les ressources et les coûts associés au secteur de la santé. La réorganisation des services, par le recours au virage ambulatoire, vise la réduction du recours à l'hospitalisation, à favoriser la prestation des soins à domicile, considérés plus efficaces et mieux adaptés aux besoins des malades en étant dans leur milieu de vie (Bergeron et Gagnon 2004 par Bédard, 2010).

Ce mouvement de désinstitutionnalisation s'inscrit dans cette rupture avec l'organisation passée. La situation des personnes âgées en perte d'autonomie est vraisemblablement l'exemple qui démontre le mieux l'étendue et l'envergure du mouvement (Carrière, Keefe et Livadiotakis, 2002) par une suite d'éléments : un investissement minimal dans le développement des CHSLD, des partenariats publics/privés pour le développement de nouvelles structures d'accueil pour l'hébergement avec le développement de ressources intermédiaires, des coupures dans les mesures de soutien en CLSC, dont les services d'entretien, pour les personnes en perte d'autonomie, renvoyé vers les entreprises d'économie sociale ou encore à l'usage du chèque emploi service ou au secteur privé. À cette liste, s'ajoutent les achats de places vers les établissements privés pour libérer le CH en débordement.

Ces changements significatifs ont eu des incidences directes et majeures sur la population et dans la manière de distribuer les services : une diminution de la durée d'hospitalisation – l'évaluation des conditions de retour à domicile se révèle souvent

sommaire (AFEAS, 2010), congé prématuré, diminution du temps de convalescence, soins à domicile, prise en charge à domicile par les proches, surtout les femmes.

L'ensemble des actions prises par l'État a des conséquences directes sur les destinataires de l'intervention et des familles. Basée sur le principe du soutien de la famille, la politique de maintien à domicile s'inscrit en complémentarité à la famille et non en substitution, signifiant ainsi la famille – le plus souvent les femmes et souvent seules pour assurer l'aide, et les services de la communauté – deviennent des partenaires de premier plan. Parallèlement à cette responsabilité accrue déléguée aux familles, l'État limite l'offre de services aux aidants (Lavoie et Guberman, 2007), exige ou augmente la contribution financière pour certains services ou n'offre plus le service (Fast, Williamson et Keating, 1999) – répit, lit de convalescence, entretien ménager, soins quotidiens. La privatisation des services sociosanitaires constitue un nouvel enjeu, les dépenses dans le secteur privé sont croissantes (Mayer, 2002).

Les changements rapportés plus haut occasionnent des « coûts humains » pour les proches aidants – congé de maladie, absences répétées au travail –, le contrecoup de ces transformations par l'ampleur des tâches et soins décuplés remis aux familles et aux personnes elles-mêmes – traitements et équipements transférés à domicile, sans toutefois convenir d'une aide supplémentaire dans les mesures de soutien. Au contraire, les efforts de rationalisation ont aussi porté à conséquence en limitant l'aide aux personnes et aux proches aidants. En somme, le maintien à domicile est le produit d'un « désinvestissement de l'État dans le social » (Côté, 2002 : 13) en s'appuyant sur ses partenaires pour assumer une large part du soutien aux personnes âgées, laissant du même coup apparaître des inégalités dans la qualité du maintien à domicile entre les individus. L'aide provenant des familles et de l'entourage et des organismes communautaires demeure une source d'aide bon marché. Cette réorganisation se préoccupe plus ou moins des besoins des destinataires de l'aide et de la réalité familiale des aidants. L'aide apportée est parfois précaire et pas toujours fiable. Les aidants qui assument ce rôle ont des capacités limitées jouant sur la pérennité de leur contribution dans le temps. Il en va de même pour certaines ressources communautaires. Comme l'indique Larivière (2007 :68) le maintien à

domicile « ...service essentiel... n'a pas connu le développement nécessaire. Ce qui fait que le personnel éprouve des difficultés pour assurer des services de qualité, que la prévention n'est plus souvent qu'un mot et que de plus en plus de personnes se voient orientées vers des ressources communautaires ou privées ».

Le ministre et de nombreux observateurs diront plus tard qu'entreprendre une réforme majeure en imposant des restrictions budgétaires est téméraire. Une réforme qui encore une fois s'apparente à une opération budgétaire.

Il est intéressant de noter qu'en 1997, toujours dans la perspective d'assainir le réseau et les finances publiques, et parallèlement aux transformations majeures et défis que traversent le réseau de la santé et des services sociaux, on assiste à la retraite anticipée de plusieurs travailleur.e.s : « [...] des mises à la retraite précipitées de médecins et d'infirmières qui ont contribué à faire dérailler la réforme de santé et des services sociaux conduite par le ministre Jean Rochon » (Vaillancourt, 2011). On recense 18 884 départs volontaires de travailleurs de la santé et des services sociaux, dont 4000 infirmières fuyant le réseau (Lessard, 2010). Deux fois plus de gens que prévu ont eu recours au programme de départ volontaire... (Fournier, 1998 cité par Mayer, 2002).

Le réseau de la santé et des services sociaux paie cher cette décision : perte d'expertise, manque de travailleurs qualifiés et du coup la nécessité de recourir au secteur privé pour l'embauche d'infirmières, dont le coût est souvent exorbitant. Les mêmes infirmières qui auront quitté le réseau reviendront sur les terrains, embauchées par des agences privées... Il semble toutefois que dans le tumulte du virage ambulatoire et du déficit zéro, le ministre de la Santé ne soit pas allé au bout de sa réforme puisqu'il dépose une nouvelle réforme.

En effet, le 20 juin 1998, un nouvel amendement est adopté modifiant la Loi sur la santé et les services sociaux. Curieusement, la loi C-39, probablement à cause des coupes budgétaires et du récent virage ambulatoire, passe quasi sous silence, à la fois dans les médias et même dans les historiographies portant sur le système de santé et des services sociaux du Québec. À première vue, le projet de loi ne semble

qu'appliquer des changements mineurs de types administratifs. Le préambule annonce toutefois une nouvelle répartition des pouvoirs ce qui laisse présager d'un changement plus important qu'on aurait pu le penser :

« Ce projet de loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de simplifier ou d'éliminer certaines formalités ou contraintes administratives, d'apporter certains ajustements et précisions quant aux règles qui régissent l'organisation et le fonctionnement des établissements et des régies régionales et d'introduire de nouveaux pouvoirs conférant davantage de souplesses dans l'administration de la loi » (Loi C-39).

Avec le recul que l'on peut prendre actuellement, on peut affirmer que les changements imposés par cet amendement ne sont pas sans conséquence et appliquent de nouveaux principes de gouvernance et de nouvelle gestion publique. Tout d'abord, de nouveaux acteurs qui auront de plus en plus de pouvoir de décisions entrent en jeu. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familiales seront dorénavant consultées dans la prise de décision des soins nécessités par le patient. Ceci n'est pas anodin parce que certaines personnes pourront voir leur situation changer seulement en fonction de décisions administratives de ressources intermédiaires. On revoit également tout le processus d'examen des plaintes, ce qui peut être une bonne chose, mais le Protecteur du citoyen de l'époque, M. Jacoby, affirme que le processus est trop bureaucratique et qu'il nuira aux personnes les moins favorisées (April, 9 avril 1998).

On attribue déjà plus de pouvoirs aux Régies régionales de la santé et des services sociaux, elles seront dorénavant en mesure de prendre davantage de décisions sur le plan des ressources intermédiaires, dont leur taux de rétribution ainsi que la conclusion d'ententes avec des établissements privés et de relocalisation de personnes hébergées. On voit également poindre l'approche de la santé des populations puisqu'elles devront également définir un plan régional de soins qui comprend l'ensemble des médecins de la région qu'ils pratiquent dans une institution publique ou privée. Les règles de gouvernance sont également transformées puisque les conseils d'administration ont davantage de pouvoir de décisions quant à la durée de leur mandat, la destitution et la nomination de leurs membres.

Cette réforme administrative n'est donc pas sans conséquence puisqu'elle s'inscrit en droite ligne avec la réforme Côté ainsi que le virage ambulatoire. Les ressources se font de plus en plus rares et la pression sur le personnel augmente. La dévolution de pouvoir à un tiers ainsi que la reconnaissance de ressources intermédiaires dans la prise de décision montrent le recours plus important à la nouvelle gestion publique et les recours au secteur privé dans les soins de santé et les services sociaux. On voit déjà, avec les orientations de ces réformes, un socle fertile à la croissance de la nouvelle gestion publique... une voie commence à s'imposer.

LES CLSC, LA SUITE

Les années quatre-vingt-dix de 1990-2003

La réforme de 1991 reconnaît officiellement cinq catégories d'établissement : les hôpitaux, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et les CLSC (Mayer, 2002).

Les CLSC deviennent la porte d'entrée du réseau et le ministre Côté entend bien faire respecter la mission de chacun des établissements. Cette nouvelle mesure implique un mouvement de personnel important.

Avec la réforme Côté, à partir des recommandations du rapport Rochon, le travail en réseau est introduit; on assiste à un changement de paradigme – du repli au travail en réseau (Larivière, 2007). Derrière cette idée, assurer la complémentarité et la continuité des services. Toutefois, dans la réalité, les enjeux interétablissements sont souvent conflictuels – partage des budgets, mandat respectif, distribution des services et compétences des acteurs, responsabilités des acteurs face à certaines clientèles – et les relations se définissent davantage par des rivalités plutôt qu'en alliance. (Larivière, 2007 ; Bellot et Baillergeau, 2007).

Durant cette période, le gouvernement québécois se dote en 2000 d'une nouvelle loi de l'administration publique, la loi 82, visant à modifier la fonction publique québécoise réorganisant entièrement les rapports entre

l'appareil d'État et les citoyens (Piron, 2003). Cette loi destinée à toute la fonction publique québécoise reprend les principes de la nouvelle gestion publique, c'est-à-dire une gestion empruntée au modèle du nouveau management privé, mais adaptée, tant bien que mal, à l'administration publique. Selon cette loi, la finalité de l'action vise l'amélioration des services aux citoyens et la satisfaction de la clientèle (Piron, 2003) dont les services de santé et les services sociaux. La NGP a pour but de rendre le réseau de la santé et des services sociaux davantage efficace et efficient en matière de productivité en promettant une meilleure performance organisationnelle en implantant une culture d'entreprise visant à accroître la responsabilité des employés par le biais du travail d'équipe, de la participation, du respect de la hiérarchie et de l'atteinte de résultats (Parazelli et Dessurault, 2010).

Peu de temps plus tard, en 2003, est adoptée la loi 25. Avec cette loi, l'État entend favoriser l'accès équitable et continu à des soins de santé et des services de qualité, une meilleure prise en charge des individus, une proximité du pouvoir décisionnel et la consolidation des partenariats (MSSS, 2008). Elle fonde aussi ses principes sur un cadre de gestion orienté vers l'atteinte de résultats, l'efficacité et renforce le degré d'imputabilité des acteurs. Dans cette nouvelle configuration, de nouveaux postes sont créés à des individus vers qui l'on octroie des responsabilités qui s'apparentent davantage au contrôle plutôt qu'à un soutien :

« À chaque poste créé, ce sont de nouvelles responsabilités gardiennes de l'ordre et de la modélisation qui s'additionnent : renforcer les règles, contenir les interventions des travailleurs, cadencer la mise en place des plans d'interventions individualisés, et mesurer le non mesurable ; le but ne semble pas de soutenir les intervenant.e.s dans leur mandat relationnel complexe et de les aider et à enrichir éthiquement et politiquement leur jugement professionnel, que de veiller à une application serrée de la commande » (Parazelli et Dessurault, 2010 :15).

Ces nouveaux cadres et principes vont modifier le travail des intervenant.e.s, l'organisation des soins et des services et les logiques d'actions.

Les pratiques professionnelles : impacts des coupures, enjeux

interprofessionnels

Les CLSC et son personnel par les nouveaux mandats accordés et leur sous-financement doivent composer avec une hausse d'affluence exerçant une pression sur les services – et les intervenant.e.s. L'étendue des services est réduite, le mandat de prévention en est un bel exemple. Les coupures touchent directement les services offerts à la population. Les intervenant.e.s doivent composer avec les insatisfactions de la population. Un stress supplémentaire. En filigrane des enjeux économiques et de services, les pratiques professionnelles ne sont pas en reste dans ce mouvement organisationnel. Certains sujets déjà débattus reprennent vie et d'autres s'ajoutent démontrant les enjeux interprofessionnels ayant cours : difficile intégration des médecins dans les CLSC, les rapports de tension entre les intervenant.e.s psychosociaux et sanitaires, les interventions préventives vs curatives, la mise en place des équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires, l'intégration des ressources non professionnelles, les liens avec les usagers et la communauté (Larivière, 2007). Par ailleurs, les intervenant.e.s sociaux assument de plus en plus des tâches évaluatives faites à partir de formulaires standardisés et une gestion de services individualisés (PI et PSI, etc.) qui balisent, encadrent, la pratique professionnelle. On raffine ainsi les pratiques de dépistages et de nouveaux postes sont ajoutés pour des fonctions d'accueil spécialisées (guichet unique en maintien à domicile), ou de coordination (agent de liaison et de gestion de cas) en soutien à domicile (Larivière, 2007).

Des enjeux et des défis pour les CLSC

Dans leur développement, les CLSC ont à faire face à de nombreux défis pour s'imposer, dont les heures restreintes de services souvent reprochés la «concurrence, constante et soutenue des cabinets privés de médecins, des polycliniques, des centres hospitaliers par le biais de leurs cliniques externes et de leurs urgences» (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2005 : 98) qui démontrent en quelque sorte peu d'intérêt pour les CLSC. Leur implantation équivaut à

mettre en péril la pratique en clinique privée et le droit de la rémunération à l'acte (Deslauriers, 1991). Durant les premières années, la plupart des médecins ont boycotté les CLSC et ouvert des polycliniques³² autogérées dans le but de nuire à la réussite des CLSC (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2005). Les polycliniques connaissent un succès dans différents quartiers urbains alors que les CLSC souffrent d'une pénurie de médecins (White, 1992). Les médecins ont rarement appuyé les réformes significatives dans les services de santé et services sociaux (Deslauriers, 1991).

Par ailleurs, le voisinage entre le social et la santé ne fait pas toujours un heureux ménage, les luttes d'influence sont effectives (Larivière, 2007). Le principe de complémentarité initialement considéré a été freiné par des intérêts professionnels et organisationnels, en usant de stratégies compétitives parfois inefficaces et coûteuses, au détriment parfois des citoyens (White, 2002). S'ajoute à ces difficultés, le manque de direction du ministère, le personnel à tendance contestataire, le transfert lent et l'intégration complexe et parfois même conflictuelle des individus en provenance des DSC et des CSS vers le CLSC qui dans certains cas a parfois échoué.

LES IMPACTS SUR LE SERVICE SOCIAL

La réforme Côté a des effets directs sur l'intervention sociale et les intervenant.e.s.

La liste sommaire indique de nombreuses et majeures transformations :

des fusions d'établissements et la restructuration des services sociaux, la transformation des modèles de pratiques – court terme –, la diminution de la durée de suivi – par conséquent, le temps accordé à chaque personne est écourté –, le manque de ressources dans un contexte d'alourdissement des problèmes sociaux liés à la crise, les logiques managériale et médicale qui s'imposent avec de plus en plus de

³² Dans le document une réforme axée sur le citoyen (1990 : 19), le ministre Côté fait référence à cet aspect : « Force est de constater que cette recommandation n'est jamais devenue réalité, et ce, pour plusieurs raisons. Le CLSC n'a jamais reçu les ressources requises pour accomplir adéquatement le rôle qu'on attendait de lui. Des ressources privées et communautaires se sont graduellement développées pour jouer une partie de ce rôle. On pense particulièrement ici aux polycliniques ».

fermeté, la gestion par résultat par l'atteinte de cibles et d'indicateurs quantitatifs –, le travail en réseau – « entraide, partenariat et concertation sont des éléments clés du virage » (RUFUTSQ, 1993),

Malgré le ciblage de clientèles, le manque de financement se solde par des listes d'attente dans plusieurs secteurs, la consolidation de la première ligne sans les ressources ne permet pas l'atteinte de cet objectif. Le fonctionnement en réseau s'avère un défi considérable si l'on considère les exigences posées par le contexte et l'atteinte de résultats dans les milieux de pratique. Malgré toutes les retombées positives que puisse avoir ces collaborations externes, le temps alloué est considérable et peu reconnu par les gestionnaires. Les contextes dans lesquels évolue la pratique limitent les temps d'échanges et les délibérations pour mieux décider, organiser et arrimer les services entre les acteurs. Le manque de personnel sur le terrain, la demande d'efficacité et un nombre plus élevé dans la charge de cas ainsi que la mise en place de formulaires standardisés entraînent une technocratisation des services qui tend à mettre de côté le registre des relations pourtant au centre du service social (Chénard et Grenier, 2012 ; Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004). La rationalité managériale tend aussi à uniformiser les pratiques en objectivant et normalisant les besoins des destinataires de l'aide à partir de grilles qui ne tiennent pas compte de la singularité des acteurs et de leurs contextes. La réforme privilégie également une gestion par résultats qui consiste à l'atteinte de cibles et d'indicateurs souvent quantitatifs. Des gestionnaires mettent l'accent sur l'efficacité et le contrôle des coûts souvent au détriment des processus. Il s'ensuit une gestion économiciste des services et des soins qui contraint les intervenantes du réseau à produire des services au meilleur coût possible (Grenier et Chénard, 2012).

Dans ce contexte, les intervenantes critiquent de plus en plus les conditions organisationnelles de leur travail relatif à leur autonomie professionnelle et à la détermination de l'orientation des interventions (Alary, 1999) ; en somme, « les intervenantes ont de moins en moins de marge de manœuvre dans leur travail » (Deslauriers et Hurtibise, 2000 : 378).

La réforme – et son contexte – amènent une perte de repères au plan axiologique chez les intervenantes sociales. Des débats éthiques ont cours (Mayer, 2002). Les valeurs véhiculées par les logiques en place, tant par l'État que par les organisations du réseau public conditionnant et encadrant la pratique du travail social, ébranlent les logiques mêmes de la profession. Renaud (1990) s'interroge déjà à cette époque sur le sens du travail social ; « Depuis quelque temps, le désenchantement point au sein du travail social, dont on dénonce la déshumanisation à laquelle conduit la rationalisation successive de l'État » (Mayer, 2002 : 430). Désarroi, colère et sentiment d'impuissance gagnent certains groupes d'intervenant.e.s plus touché.e.s par la réforme – dont les centres jeunesse (Alary, 1999). Les orientations, selon les intervenantes, constituent des limites à la réalisation du travail bien fait. Cette perte de repères s'installe avec une recherche de sens du travail ; le « sens du travail est ici mis en souffrance » (De Gaulejac, 2005 : 237). Dejours (2006 : 132) parle d'une souffrance éthique « c'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve ». Cette souffrance est liée « au fait d'être tenu de faire des activités que l'on juge inadéquates au plan moral ; au fait de ne pas avoir les ressources (matérielles, financières, humaines) pour accomplir un travail de qualité, moralement ou professionnellement digne » (Richard, 2014). En somme, les intervenantes dans certains contextes doivent répondre à des impératifs organisationnels qui vont parfois à l'encontre des valeurs professionnelles amenant des conflits de valeurs et des tensions.

Ce souci de rationalisation des dépenses et d'évaluation des résultats qui marque ces restructurations a contribué à inscrire encore plus profondément l'intervention sociale dans le registre d'une efficacité technique en sous-estimant la valeur et l'efficacité de l'échange symbolique, c'est à dire du relationnel, dans toute pratique d'intervention (Renaud, 1995). Les conditions de travail associées aux orientations mises de l'avant engendrent un stress dont l'intensité dépasse l'angoisse causée par la lourdeur des problématiques que présentent les clientèles (Lévesque et Mayer 1994). Le processus accéléré de la rationalisation du soutien social au Québec est attaché à une logique administrative sur la division du travail entre « agents

concepteurs et agents d'exécution » repris du modèle des entreprises industrielles. Cette logique a confiné les praticiens dans certaines tâches dans lesquelles ces derniers se sentent des fonctionnaires et des agents de contrôle social. Ces derniers constatent « un recul de la dimension sociale, communautaire et préventive, au profit de la dimension médicale, juridique et curative, ainsi que de la pratique sociale au profit du pouvoir administratif (Mayer, 2002 : 330).

Dans ce contexte de resserrement des pratiques et de transformation du travail, l'éclatement des modèles de pratique en travail social dessert la cause des intervenant.e.s et celle des destinataires de l'intervention. Ce manque de cohérence commune sur le plan théorique et pratique dessert les intervenantes dans leurs revendications professionnelles. De surcroît, on entend peu les intervenant.e.s sociales, contrairement aux infirmières qui se dotent du modèle McGill, approche globale de soins centrée sur la famille et l'environnement, et arriment leur voix. La force de leur groupe professionnel leur donne, avec la réforme Côté, un conseil professionnel alors que, les intervenant.e.s sociales se retrouvent au sein du conseil multidisciplinaire, avec le reste du personnel. Il est donc plus difficile pour elles de témoigner de leurs expériences et du contexte auxquelles elles répondent sur le terrain.

PARTIE 3

LES ANNÉES 2000

LES ANNÉES 2000

Les pages suivantes s'attardent aux années 2000, plus particulièrement aux deux groupes de travail, le comité de travail Arpin et la commission d'étude Clair, mises en place et à la réforme de 2003, soit celle du ministre Couillard, visant à transformer les structures du réseau de la santé et des services sociaux.

Le début des années 2000 constitue une période de changement sur le plan politique, et ce particulièrement dans le domaine de la santé. Jean Rochon fortement critiqué pour son virage ambulatoire et les coupures budgétaires sera remplacé par Pauline Marois en 1998 et restera à la tête du Ministère de la Santé jusqu'au remplacement du premier ministre Lucien Bouchard par Bernard Landry. Rémi Trudel prendra alors en charge le Ministère de la Santé et des Services sociaux et sera démis de ses fonctions par un remaniement ministériel dès 2002. François Legault devient alors ministre de la Santé. Les élections provinciales mettent toutefois un terme à son mandat puisque le gouvernement Charest prendra le pouvoir en 2003 et le conserve jusqu'en 2012 avec Philippe Couillard à la barre de la santé et des services sociaux. À part le changement dû aux élections, on remarque que les ministres de la Santé se sont succédé de façon très rapide durant le mandat du Parti Québécois. On peut faire l'hypothèse que ces changements sont, entre autres, dus aux coûts du système qui ne cessent de croître et à la croyance populaire du mauvais état du réseau. Sous pression, le premier ministre Charest et son caucus ont jugé bon de changer de ministre. Il est important de souligner que, malgré les réformes structurelles proposées parfois comme remède miracle par les gouvernements, l'augmentation des coûts est surtout liée aux améliorations technologiques qui comprennent les médicaments qui représentent des sommes considérables et qui nécessitent un financement toujours plus important.

LES DEUX GROUPES DE TRAVAIL EN 1999 ET EN 2000

LE COMITÉ DE TRAVAIL ARPIN

Les résultats mitigés des réformes – Rochon et Côté – n'ont pas réglé le débat sur le système de santé au Québec. Le gouvernement tentera de trouver une issue en mettant sur pied un comité de travail présidé par Roland Arpin. Le Rapport Arpin, *La*

complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, est commandé en 1999 par la ministre de la Santé et des Services sociaux Pauline Marois. Il ne s'agit pas, comme dans le cas de la Commission Rochon, d'une Commission d'enquête à grand déploiement, mais bien d'un comité de travail dont le mandat est double : (1) effectuer un portrait de la situation dans le but d'évaluer les dépenses privées dans l'ensemble des dépenses de santé au Québec et de comprendre les impacts que celles-ci peuvent avoir sur le réseau public ; (2) explorer de nouvelles avenues quant à la collaboration du secteur public et du secteur privé dans le but d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services. Sa portée est donc beaucoup moins large que celle du rapport Rochon parce qu'il n'inclut pas de discussion sur les problèmes sociaux.

Le rapport Arpin propose tout de même une vision du système de santé et des services sociaux qu'il présente comme un choix de société fondamental. Toutefois, à l'inverse du rapport Rochon et du rapport Castonguay, ce choix ne repose pas sur une question de justice sociale, mais bien sur celle de responsabilité. Cette transformation du discours n'est pas sans conséquence puisque cela déplace la conception des problèmes sociaux. Si la notion de justice sociale renvoie à la collectivité et au risque social de la maladie³³, la responsabilité renvoie à l'individu. Proposer des programmes au nom de l'égalité des chances place l'ensemble des individus d'une société donnée sur le même pied, avec les mêmes conditions de départ. Chacun devrait ainsi pouvoir mener à bien son parcours puisqu'il a été placé devant des chances égales (Dubet, 2010).

On aura deviné que dans un tel contexte, la conception de l'intervention sociale ne peut qu'être teintée différemment. Celle-ci vise davantage à adapter les comportements qu'à accompagner les personnes dans leurs difficultés et donc à cibler les personnes les plus à risque. Il n'est d'ailleurs à peu près pas question des services sociaux ou de la pratique sociale institutionnelle si ce n'est que par la

³³ Les risques sociaux traditionnels sont : la maladie, le chômage et la vieillesse.

mention de la valeur ajoutée du secteur communautaire et de l'économie sociale au système de la santé et des services sociaux.

Tout au long du rapport, on insiste sur l'importance d'assainir la gestion du système. En ce sens, la nouvelle gestion publique constitue la nouvelle voie à suivre, par exemple, on recommande de « Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de “compétition interne” (Arpin, 1998). Il faut noter que l'on met de côté l'idée d'une privatisation en bloc du système public :

« Le groupe de travail dit non à une *privatisation* du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure *utilisation* des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population. » (p.38).

Toutefois, la question de l'universalité devient accessoire et n'est plus aussi centrale que dans les rapports précédents que les rapports Castonguay et Rochon.

Le rapport Arpin poursuit dans la même veine que le rapport Rochon en ce qui concerne la gestion du réseau de la santé. Il marque toutefois une rupture quant à la conception de la question sociale. D'une part, il instrumentalise l'assurance et les services publics en proposant une gestion du système qui inclue l'esprit du privé avec les principes de PPP, de concurrence entre les missions des établissements, la recherche de l'efficacité, l'atteinte de résultats et la reddition de compte. D'autre part, la notion de problèmes sociaux et des services sociaux est pratiquement évacuée du rapport. On y propose l'instrumentalisation du secteur communautaire et de l'économie sociale.

« Afin de favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité, il y aurait également lieu que le réseau public puisse acheter des services à domicile, pour ses usagers prioritaires, à des entreprises d'économie sociale et à des coopératives respectant les normes et les standards définis plutôt qu'à des entreprises à but lucratif lorsque la chose est possible » (Arpin, 1998 :89).

Comme en témoigne la citation, on compte se servir du secteur à but non lucratif comme acteur qui puisse répondre au besoin du système.

Le rapport marque également une rupture avec les deux précédentes commissions d'enquête puisque les rapports subséquents, nous le verrons, n'aborderont à aucun moment la question sociale de front. Autrement dit, à partir de 1999, aucun des trois rapports commandés par le gouvernement ne proposera une vision large des problèmes et des services sociaux. Il semble évident que les propositions du comité Arpin ne résoudront pas les problèmes du système de santé et des services sociaux puisque le gouvernement sentira le besoin de consulter à nouveau très rapidement.

LA COMMISSION D'ÉTUDE CLAIR.

Toujours au nom de la crise des finances publiques et de l'augmentation des coûts du système ainsi que des problèmes du réseau, le gouvernement du Parti québécois réitérera, seulement deux ans plus tard en organisant une commission d'étude présidée par Michel Clair qui porte également sur le financement du système de santé et des services sociaux.

Tout comme le comité Arpin, la Commission d'étude³⁴ Clair, créée en 2000, *Les solutions émergentes*, qui ont été mises sur pied par la ministre de la Santé de l'époque Pauline Marois. Présidée par Michel Clair, ancien ministre et cadre gestionnaire du réseau, la commission portera essentiellement sur la question du financement ainsi que sur l'intégration des soins de première, deuxième et troisième lignes. Par exemple, pour faciliter l'accès aux soins de premières lignes, une des recommandations porte sur la création de groupes de médecine familiale (GMF). Contrairement aux commissions Castonguay (1966) et Rochon (1985) qui s'étalaient sur plusieurs années, la Commission Clair dépose son rapport au bout de six mois. Le rapport s'éloigne de l'idée de la protection du régime public universel providentialiste de façon un peu plus marquée que le rapport Arpin. Ainsi, que le discours mette l'accent sur la prévention et les déterminants sociaux de la santé et l'épuisement professionnel, il est fortement question des principes de la NGP :

³⁴ Il est intéressant de noter que les rapports se sont multipliés à partir de 1999, mais qu'aucune réelle Commission d'enquête n'a été mise sur pied.

gestion par résultats, reddition de compte, efficacité, efficience, concurrence, imputabilité.

Mise à part une définition technique de l'organisation des services, les thèmes de l'intervention et de la pratique sociale sont à peu près absents du rapport Clair. Une opinion partagée par Vaillancourt (2000 : 3-4) ; « Le rapport Clair s'intéresse d'abord à la santé et, secondairement, aux services sociaux [...] (ils) reviennent ici et là, mais demeurent cantonnés dans de seconds rôles ». On y fait référence, mais sans en donner une définition concrète. On critique tout de même la pratique professionnelle trop individuelle où l'autonomie des établissements de santé est valorisée avec la perspective générale du travail en « silos ». Les problèmes sociaux identifiés dans le rapport sont très ciblés et loin d'être définis de manière aussi large que dans le cas du Rapport Castonguay et même Rochon. Toutefois, l'objectif de l'amélioration de la pratique sociale est dans la mire du rapport. Ainsi, en vue de l'amélioration des pratiques sociales, le rapport suggère que le MSSS encourage le « développement accéléré de la recherche sur l'évaluation des pratiques et approches sociales et sur les déterminants sociaux de la santé » (Rapport Clair, 2000 : 51). Ainsi, toujours sous l'influence de l'approche populationnelle, on cherche à trouver les méthodes d'intervention les plus efficaces. Il est important de mentionner que le discours insiste sur le fait que « la qualité, l'efficacité et l'efficience des services sociaux passent par l'évaluation systématique des pratiques et des approches sociales de même que par une meilleure compréhension de l'effet des déterminants sociaux de la santé ». L'apparition de la notion d'indicateurs de mesure devient un fait inéluctable :

« Si l'on veut mesurer la performance, il faut se doter d'indicateurs qui font consensus et qui révèlent le plus fidèlement possible l'atteinte des résultats escomptés. Il nous semble difficile d'entrevoir comment pourra se faire une reddition de comptes enrichissante sur des pratiques et des résultats en matière sociale, sans d'abord définir des cadres d'analyse » (Rapport Clair, 2000 : 51).

La question sociale en devient une d'indicateurs et de reddition de compte. Il n'est donc pas étonnant que les problèmes exposés soient nombreux et très ciblés.

Ainsi, selon le rapport, les problèmes sociaux sont de plus en plus nombreux. On énumère entre autres : la détresse psychologique, le suicide chez les jeunes, les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'alcoolisme, l'isolement des aînés ainsi que violence familiale, itinérance. On ajoute d'ailleurs que certains d'entre eux sont plus importants pour la population (ce qui laisse penser qu'on a des visées d'évaluation de la satisfaction de la clientèle).

Mis à part les éléments relatés par les Directions de santé publique, qui sont elles-mêmes très pointues, les problèmes sociaux décrits dans le rapport font référence au contexte social, mais de manière très ciblée. Ainsi, on souligne le lien entre pauvreté, la sous-scolarisation et la mauvaise santé, le fait que la population des quartiers défavorisés vit en moyenne 10 ans de moins que celle des quartiers favorisés dans la région de Montréal-Centre. On relève le fait que les femmes-chefs de famille monoparentale et leurs enfants se sont appauvris, que la pauvreté a changé et qu'elle revêt maintenant de nouvelles formes tels le chômage, l'emploi précaire et la monoparentalité. Enfin, on mentionne que les adolescentes enceintes sont de plus en plus jeunes et qu'elles proviennent souvent de milieux défavorisés.

Sur le plan des services sociaux institutionnels, on insiste sur le fait que ce sont les CLSC qui doivent poursuivre la mission services sociaux et on reconnaît que la désinstitutionnalisation vers le communautaire, les familles et organismes est un phénomène qui a répercussions importantes sur le réseau. Le rapport affirme le fait que le CLSC est l'institution qui doit offrir des services psychosociaux de base à des populations cibles des services sociaux et médicaux de première ligne (Rapport Clair, 2000 : 32). Toutefois, on y présente une vision assez péjorative. Ainsi, toujours selon le rapport, le développement des services sociaux se serait fait de façon anarchique et cela aurait laissé le système avec un réseau désorganisé dont la clientèle ne serait pas satisfaite. On ajoute que cela rendrait les Citoyens insatisfaits face aux services sociaux.

Le rapport propose donc sans surprise une toute nouvelle façon d'organiser ces services. Les services ciblés sont ceux de base offerts à des populations cibles et ce pour des raisons variées, mais temporaires telles des étapes de vie, une perte d'emploi, un deuil ou une maladie ou plus permanentes comme une déficience, une perte d'autonomie, la pauvreté, ou la violence) et qu'aux personnes, des familles ou des groupes vivant de graves difficultés. Ceci dans un encadrement bien spécifique. Sous l'égide de l'imputabilité, il revient donc à l'établissement d'identifier des clientèles vulnérables dans sa population; de prendre les moyens pour rejoindre ces clientèles spécifiques dans leur milieu de vie afin de leur offrir les services; d'offrir des interventions de diverses natures telles que l'aide au maintien dans leur milieu, le soutien à l'intégration sociale, les services psychosociaux, l'aide psychologique plus ou moins intensive; d'identifier les ressources complémentaires nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables ou en difficulté. Tout cela en assurant la présence d'intervenant.e.s dans les milieux de vie. Ainsi, les intervenant.e.s devraient rejoindre les garderies, les écoles et les maisons de jeunes afin d'identifier les besoins des jeunes vulnérables ou en difficulté au moyen de protocoles, d'ententes et de monitoring dans une optique de soutien aux personnes avec leur milieu, de soutien personnalisé aux parents et aux proches agissant comme aidants naturels, de développement d'habiletés, de soutien psychologique, de répit-dépannage, d'intégration sociale à domicile, à l'école, au travail, dans la communauté, de soutien à la vie sociale dans le but de soutenir les communautés à développer des conditions favorables à la santé et au bien-être de leurs membres plus vulnérables. L'une des recommandations les plus novatrices de la Commission concerne la création d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Les personnes âgées en perte d'autonomie importante sont ici visées. Ces derniers ayant besoin d'un ensemble complexe de services leur fournissant les soins les plus appropriés. La prestation coordonnée de ces services incomberait aux CLSC, en collaboration avec les GMF – groupes de médecins de famille.

Enfin, le CLSC est responsable de rejoindre les clientèles les plus vulnérables de son territoire et d'avoir l'assurance qu'elles reçoivent l'aide dont elles ont besoin. Pour y arriver, l'organisation doit prendre en compte les indices de « défavorisation » des

milieux et des communautés de son territoire et ainsi d'être en mesure de cibler les groupes qui en ont vraiment besoin.

Les CLSC devraient également entreprendre les actions suivantes :

« Établir des ententes de services avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organisations intersectorielles de services tels la commission scolaire, le centre à la petite enfance, les services municipaux et les organismes communautaires; mettre en place les mécanismes de concertation intersectorielle et d'animation des communautés dans l'objectif de déterminer les besoins de sa population et de développer les stratégies de promotion et de prévention pour la santé et le bien-être sur son territoire; informer régulièrement la population des services psychosociaux et des ressources disponibles pour elle et des indicateurs de résultats. » (Rapport Clair, 2000 : 28).

La vision des services sociaux du rapport Clair peut être qualifiée d'assez pessimiste. On affirme que les services sociaux se sont développés de manière désordonnée, il faudrait donc y remettre de l'ordre en réitérant l'importance du ciblage de clientèles. Encore une fois, on éclipse la question de la solidarité et des mesures de soutien social. Le rapport Clair propose que «les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC » (Rapport Clair, 2000 : 69). Il propose aussi : «Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population » (Rapport Clair, 2000 : 50).

Dans la foulée du rapport Arpin, le rapport intitulé *Les solutions émergentes*, s'appuie sur les valeurs d'efficacité, d'efficience, d'équité, d'imputabilité, de performance, ainsi que sur les notions de qualité et de collaboration interprofessionnelle.

On note les écarts entre la bureaucratie traditionnelle et la gestion « moderne » de l'État. La solution réside dans les principes de la nouvelle gestion publique avec un recours marqué à la responsabilité et à l'imputabilité. Les soins de santé, mais également les services sociaux sont dorénavant pensés comme des services qui doivent satisfaire la clientèle. La Commission Clair propose donc « une approche

plan d'affaire et de contrat de performance », et « une formule d'entente contractuelle précisant des résultats à atteindre, plutôt qu'un modèle axé sur des directives et des règlements » (Bourque et Lerustre, 2009).

De plus, le rapport ouvre sur la perspective d'un nouveau management public

« En confiant une telle tâche à une organisation plus civile que gouvernementale, l'ensemble des gestionnaires, locaux et régionaux, des professionnels de la santé et des travailleurs comprendraient vite le passage d'un paradigme de gestion, dans un environnement gouvernemental et politique, à un paradigme entrepreneurial de management et de société civile » (Rapport Clair, 2000 : 216).

La nouvelle gestion publique et la contractualisation sont donc au cœur des normes proposées par la Commission Clair. Pour les membres-signataires, l'implantation d'une gestion axée sur la performance et la gestion par résultats constitue le remède aux problèmes liés au financement et à l'organisation du système de santé et des services sociaux.

« Le choix des services assurés, l'allocation des ressources aux régions et aux établissements, le mode de rémunération et de paiement des acteurs seront la clé de voûte pour sortir de l'ancienne budgétisation, sans objectifs mesurables, et passer à une gestion performante répondant aux besoins bien réels » (Rapport Clair, 2000 : vii).

Le rapport Clair n'apporte pas un éclairage approfondi sur les difficultés rencontrées par le système de santé nécessaire pour une réforme en profondeur. Encore ici, on ne remet pas en question la rémunération à l'acte des médecins.

Suite au dépôt de son rapport, le commissaire Clair passera au groupe santé SEDNA, compagnie privée du domaine de la santé³⁵.

³⁵ Entre temps, le premier ministre du Québec, Jean Charest, réussira à allier les premiers ministres des provinces qui feront front devant le gouvernement libéral de Paul Martin dont un des objectifs est de couper en partie les transferts sociaux. Ils réussiront à obtenir du financement jusqu'en 2014. Le changement de gouvernement amènera toutefois d'autres changements puisque le premier ministre conservateur Steven Harper divisera le TCSPS en deux programmes de transferts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Ce qui entraînera un manque à gagner dans le budget des provinces.

Malgré la réforme de 2003 dont il sera question un peu plus loin, la crise non résolue engendre la commande d'un nouveau rapport, le 3^e en un peu plus de cinq ans présidé par Jacques Ménard.

On peut conclure que le rapport Rochon prépare le terrain à l'ensemble des réformes en service social ainsi qu'aux autres rapports de commission ou de comité sur la santé de la date de son dépôt à aujourd'hui. En effet, on constate que les principes de la NGP sont martelés par tous les commissaires et groupes de travail à partir de ce moment.

Le rapport Brunet sur les Centres locaux de services communautaires (CLSC), le rapport Harnois en santé mentale et la Réforme Côté ont tous contribué de manière considérable à réformer les politiques sociales – Politique de la santé mentale de 1989 et la Loi 120 en 1990 –, sans omettre la dernière réforme du ministre Rochon sur le virage ambulatoire dans le mouvement de restructuration et de gestion du réseau de la santé et des services sociaux. On observe au sein de ces réformes et orientations politiques, des tendances significatives: la responsabilité de plus en plus forte renvoyée aux personnes et aux proches et aux organismes communautaires via un partenariat élargi (Guay, 1991) avec le réseau ; une nouvelle manière de dispenser les soins et services – virage –, un mouvement de fusions d'établissement ; une gestion par résultats et un ciblage de clientèles. Le mouvement de désinstitutionnalisation s'accroît, malgré le faible taux de fonds octroyés aux organismes communautaires. Dans ce même mouvement de désinstitutionnalisation, on observe une forte tendance à la sanitarisation, à l'hospitalocentrisme et à la NGP.

RÉFORME DE 2003 : LA RÉFORME COUILLARD OU L'APPLICATION DES PRINCIPES DE LA NGP DEPUIS LE RAPPORT ROCHON ?

La mise sur pied d'une commission d'enquête et de deux comités de travail entre 1985 et 2001 témoigne de la volonté du gouvernement libéral de réformer le système de santé et des services sociaux du Québec. D'autant que ces rapports, comme on a pu le constater, proposent à peu près les mêmes modifications qui passent essentiellement par l'amélioration des pratiques de gestion. Même si le

gouvernement du Parti québécois commande les rapports Arpin (1999) et Clair (2001), ce sera le gouvernement libéral, dirigé par Jean Charest, qui effectuera la réforme. Celle-ci ne sera pas sans soulever certaines controverses, d'une part, parce qu'elle a été adoptée sous bâillon, et d'autre part, parce qu'on lui reproche de ne réformer que les structures (Roy, 2003).

C'est donc en 2003 et en lien avec une promesse électorale que Philippe Couillard, alors ministre de la Santé fait adopter le projet de loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (C-21)*. La volonté du gouvernement est de réformer le système de santé et de services sociaux qui souffre de plusieurs problèmes, dont des listes d'attente trop longue et des urgences bondées. Ainsi pour régler ces maux et pour développer une meilleure continuité et qualité des soins, le gouvernement procède à la refonte structurelle du système. Un autre objectif de cette réforme est d'améliorer la gestion des soins de santé qui semble faire défaut aux yeux de plusieurs.

Tout en s'appuyant sur l'universalité et la prestation de soins selon les besoins et le financement par l'impôt, le projet loi 25 morcelle le réseau en fonction de territoires spécifiques en créant les Agences de santé et de services sociaux (ASSS) et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La création des *Agences de santé et de services sociaux* permet dans un premier temps de décentraliser le système par territoire. Les agences, bien que pourvues d'une autonomie importante, sont tout de même redevables au ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais d'entente de gestion qui vise une reddition de compte serrée. Les 15 agences, issues des anciennes Régies de la santé et des services sociaux, sont maintenant responsables de la gestion du réseau dans leur territoire. Elles doivent dresser le portrait de santé de la population desservie, tout en étant responsables de la production de données sociodémographiques, sociosanitaires, socio-économiques, et de l'utilisation des services (Bourque, 2009). Le but étant de construire un portrait des caractéristiques populationnelles, dont le statut socio-économique, les maladies les plus fréquemment diagnostiquées et les habitudes de vie. Les ASSS, dont le mandat de gestion sera renforcé en 2005, sont également responsables de

l'intégration du réseau et des services entre la première et la troisième ligne qui se fait principalement par le biais de la fusion des établissements. Au cœur de la nouvelle structure se trouvent les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui sont le produit de la fusion entre les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres Hospitaliers (CH). Les CSSS ont la mission de créer de zones de soins dans leur territoire et de produire des projets cliniques³⁶ qui répond à la santé de la population dont ils sont responsables. Ce projet doit inclure les modalités de collaboration du réseau public/communautaire dans le but de faciliter le parcours de soins des destinataires de l'aide (Bourque, 2009) :

« Les réformes de la dernière décennie au Québec dans le domaine de la santé et de services sociaux visaient à intégrer les services publics, communautaires et privés et à les inscrire dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle partagée entre les différents dispensateurs de services dans le but d'en augmenter l'accessibilité et la qualité. Cela est particulièrement présent dans le regroupement, en 2003, en seul établissement local, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de toutes les missions de première ligne en santé et services sociaux (hôpital, hébergement et centre local de services communautaires ou CLSC) » (p.1).

La réforme de 2003 et son renforcement en 2005 transforment de façon importante l'organisation et la gestion du système de santé et des services sociaux. La création des CSSS et des Agences permettent d'implanter de façon concomitante et d'ailleurs presque en parfaite adéquation l'approche de la santé des populations et les principes de la nouvelle gestion publique. Cette tendance à vouloir chiffrer les soins prodigués dans le but d'atteindre des résultats aura des conséquences importantes sur les services sociaux. En effet, si l'on peut rendre compte assez facilement du nombre de chirurgie, de vaccins ou de consultations prodiguées, il est plus difficile de

³⁶ Les projets cliniques visent à ce que chacun des CSSS ait un projet qui sert à fournir des soins de qualité et efficace à la population. Ils doivent ainsi constituer un projet avec les partenaires locaux et fixer des objectifs à atteindre. Voir : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/772cc6913233e38e85256f4d0069c040?OpenDocument>

comptabiliser l'exclusion ou l'insertion sociale. Il est risqué de comparer, voire impossible, la charge de cas entre professionnels appartenant à un tout autre champ disciplinaire ou d'un même champ disciplinaire comme par l'usage d'indicateurs de performance. Cette nouvelle logique d'action en fonction des données probantes n'est pas sans susciter un questionnement sur la sanitarisation du social au sein du réseau public qui progresse depuis les années 1980. On peut mettre en doute la pertinence de ce type d'approche dans l'intervention sociale où les problèmes se posent peut-être moins en termes statistiques que dans leur contexte particulier. Pensons par exemple, à la prostitution, à l'itinérance ou à la toxicomanie dont les causes sont innombrables. Les indicateurs de performance traduisent difficilement les activités des intervenantes sociales et leur spécificité et les systèmes d'information mis en place sont en quelque sorte plus ou moins valides pour la saisie de données des pratiques cliniques. Ces données s'avèrent incertaines, partielles, voire même peu significatives. À ce titre, le risque avéré de prendre certaines décisions inadéquates est plus que probable tout en perdant de vue, voire négliger, certaines pratiques (Couturier et Carrier, 2003).

« La réponse “managériale” aux stratégies adaptatives des praticiens face au projet de maîtrise de leurs pratiques par les systèmes d'information ne peut pas, sauf en poussant jusqu'à l'absurde la logique tayloriste, demander de maîtrise et de contrôle. Une telle réponse est probablement vouée à l'échec puisqu'elle ne réussit pas à prendre en compte la dimension épistémologique fondamentale à l'oeuvre dans ces pratiques adaptatives et créatrices » (Couturier et Carrier, 2003 : 74).

La singularité du travail d'intervention a souvent été remise en question et pour cause, le but inavoué étant de vouloir chiffrer, quantifier, à tout prix la charge de cas, mais surtout d'assujettir le travail social au service de la NGP.

Noyés dans un environnement de plus en plus sanitaire et médical (60 des 95 CSSS comportent un centre hospitalier, en plus de services d'urgence mineure, de soins à domicile, etc.) (Larivière, s.d.), le défi est de maintenir et de consolider l'importance de l'intervention sociale dans le secteur de la santé et des services sociaux (nous

soulignons ici). Une recherche de Carrier (2012/2013 : 83) démontre les impacts de la réforme de 2004 dans la gestion des priorités, l'hôpital s'impose... :

« À cet égard, la réforme de 2004 n'est pas sans effet sur la priorisation des besoins de l'hôpital au chapitre de la gestion des lits de courte durée. En effet, les intervenant.e.s disent constater une différence dans la gestion des priorités de l'établissement depuis la fusion. La direction du soutien à domicile et la direction de l'hôpital ne sont plus indépendantes, de sorte que la priorisation des tâches est déterminée en fonction des besoins provenant de tous les secteurs de l'établissement, ce qui met l'accent sur l'utilisation de l'hôpital, alors même que la réforme se voulait domicilocentriste ».

Par ailleurs, le travail interdisciplinaire travailleuses sociales doivent travailler en interdisciplinarité et sont souvent appelés à transiger avec différents professionnels, et certains, dont les médecins bénéficient, d'une autorité morale, d'une reconnaissance et d'un statut particulier au sein des établissements de santé. Découlent parfois des rapports de force inévitables dans les relations interprofessionnelles et les intervenant.e.s sociaux se trouvent parfois isolé.e.s, au sein d'un environnement où les logiques biomédicale et managériale dominant ; « Il y a une sorte d'alliance opportune entre une forme de pragmatisme pressé, un esprit gestionnaire et un positivisme de l'efficience qui se pose peu ou prou de questions sur la dimension sociale de la construction des savoirs. Cette réduction peut apparaître comme appauvrissante [pour le travail social] » (Couturier et Carrier, 2003 : 76). Et sur le plan de la gestion et de l'organisation des services, pour l'atteinte de résultats on cible du même coup, des clientèles spécifiques. L'État en vient ici à imposer « des regroupements dans une structure unique » (Larivière, 2007 : 69) :

«Les groupes de la population vulnérable : groupes socio-économiquement défavorisés et certaines communautés culturelles, dont les communautés autochtones;

- les clientèles particulières : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes atteintes d'une maladie chronique, jeunes en difficulté, personnes nécessitant des soins palliatifs» (MSSS, 2004 : 11).

Alors qu'auparavant chaque établissement était responsable de ses finances, les services de finances des CSSS sont centralisés et gérés ensemble pour l'ensemble, ce

qui laisse moins de latitude aux cadres des différents services et des établissements et dirige une bonne part des sommes vers les centres hospitaliers aux prises avec des urgences (Bolduc, 2013). L'adéquation entre l'approche populationnelle, issue de l'épidémiologie et de la nouvelle gestion publique engendre le développement de programmes liés à des problématiques spécifiques. Ainsi, les services offerts dans les CSSS, les programmes-clientèles sont remplacés par les programmes services et les programmes-soutien. Les programmes services représentent les soins directs à la population, ils sont soi-disant définis en fonction des besoins de la population, chacun des programmes est lié aux autres de la même catégorie; les programmes-soutien désignent les services administratifs. Les services sociaux, jusque-là organisés sous les bannières de programme-clientèle sont découpés en huit services : santé publique, santé physique, santé mentale, personne âgée en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes et leur famille, et alcoolisme et autres toxicomanies sont également réorganisés. Il y a un nouveau découpage entre les services psychosociaux généraux et les services pour problématiques particulières – santé mentale, dépendances, jeunes en difficulté, déficience intellectuelle et TED, perte d'autonomie liée au vieillissement (MSSS, 2004) L'organisation autour de services particuliers semble cibler davantage certaines clientèles spécifiques, laissant moins de ressources pour des problématiques considérées comme moins criantes. Les usagers doivent ainsi répondre à certains critères pour avoir accès à certains programmes ce qui reproduit le travail en silo plutôt que la création de parcours de soins.

Par ailleurs, depuis les années 2000, le recours au secteur privé s'élargit. La NGP s'est popularisée dans le but d'introduire des principes de marché dans la gestion de ses services et de ses institutions. L'arrivée du secteur privé dans le réseau de la santé et des services sociaux par différents contrats de sous-traitance – hébergement RI, achats de places, le recours aux agences privées pour le personnel au lieu de procéder à des embauches, les cliniques privées pour les diagnostics et autres tests médicaux, l'assurance privée des particuliers mise à contribution pour défrayer les médicaments, tests et autres diagnostics – découlent de la NGP. En opérant un changement dans le mode de distribution des services sous un modèle mixte – public

et privé, l'État s'assure de la contribution des particuliers pour défrayer les services en se tournant vers les entreprises d'économie sociale et le secteur privé, sans assurer un développement durable, conséquent et accessible à tous. Le virage de l'État vers la privatisation devient une solution moins coûteuse, mais suscite des enjeux financiers et éthiques par un accès selon les revenus, donc inéquitable (Grenier, 2012). Par ailleurs, les croyances voulant que l'usage à ce secteur permette certains gains de productivité et en qualité de services comme souhaité sont, selon certains chercheurs, erronées (Giauque, 2010 ; Meier et O'Toole Jr., 2009). En effet, le recours aux services externes mènerait à une plus grande bureaucratie qui, elle-même exigerait une augmentation aux services externes. Ceci s'explique par la nécessité de contrôler, d'évaluer, les activités des services externes, l'administration doit donc se renforcer pour assurer ce contrôle – définir les indicateurs de gestion – selon lesquelles les contractants sont évalués, mais aussi pour négocier les contrats... Ce recours à la sous-traitance n'aide en rien à réduire la bureaucratie, mais semble au contraire être source de développement d'une plus grande bureaucratie. Le temps alloué à la gestion des services externes devient perdu en frais de gestion (Giauque, 2010).

Les mécanismes de la nouvelle gestion publique ont été décrits au chapitre 1. L'efficience et l'efficacité tant recherchées par la nouvelle gestion publique induisent des effets directs sur la pratique du travail social et les intervenant.e.s sociaux.

LES IMPACTS SUR LE TRAVAIL, L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LES SERVICES

Le contexte dans lequel exercent les intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux a profondément changé dans les dix dernières années (Bourque, 2009b). Ces changements proviennent en grande partie du contexte politique et du milieu de travail (Larivière, 2012). L'ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec a mis sur pied un comité de pratique dans le but de mieux connaître les retombées des récents changements dans le cadre de la pratique des intervenantes sociales. Le comité a effectué un sondage s'adressant à

des intervenantes sociales des CSSS. Les résultats du sondage indiquent que 61 % des personnes s'accordent pour dire que la réforme Couillard a eu un impact passablement ou énormément important avec un effet stressant négatif pour 55 % (Larivière, 2013). Dans les commentaires, les intervenantes laissent entendre qu'elles ont l'impression d'être mal informées, d'avoir peu d'emprise sur l'environnement en mouvance. Parmi ces commentaires, l'organisation du travail est particulièrement rapportée – manque de stabilité vécue, besoin de soutien et d'encadrement clinique et le souhait d'un contexte plus flexible, de reconnaissance et d'équité (OPTSQ, 2006 : 27 cité par Larivière, 2013). Le comité effectue une année plus tard un autre sondage et le trois quarts des répondantes (74 %) affirment que la restructuration a eu un impact passablement ou énormément important. De nouveaux marqueurs apparaissent relatifs au contexte de travail, notamment les relations de travail, le style de gestion, l'absence ou la présence d'encadrement, les aspects bureaucratiques liés au fonctionnement. Également, elles rapportent être mal informées sur les décisions à l'interne. Le style de gestion ne répond pas à leurs attentes et de l'ensemble découlerait une diminution de leur sentiment d'appartenance. Un troisième sondage est effectué et les résultats sont sensiblement identiques sur les impacts des transformations. Les changements trop rapides, et trop de changements sans disposer du temps nécessaire pour les intégrer et des objectifs peu expliqués constituent les principaux commentaires des intervenantes. L'ensemble des résultats démontre des changements, trop nombreux, dispersés et vagues pour mobiliser le personnel et les gestionnaires mal préparés pour assurer un leadership nécessaire pour diriger dans ce climat d'incertitude. Par ailleurs, les commentaires indiquent que dans ce contexte de réorganisation, les intervenantes doivent assumer de nouvelles fonctions sans être bien préparées – mise à jour des connaissances et perfectionnement – à assumer de nouvelles tâches.

Il faut voir derrière les réformes successives, depuis les années 1990, une visée et un souci de performance économique – diminution et contrôle des coûts – et d'efficacité, différentes stratégies et de moyens mis en œuvre dans les établissements pour la rationalisation des services, la réorganisation et l'amélioration de la performance au travail, voir la productivité des intervenant.e.s. On voit derrière

ces actions, l'œuvre de la NGP, appliquée de différentes manières au sein des établissements. Cependant, l'objectif est similaire, soit l'intégration des façons de procéder de l'entreprise privée pour transformer la gestion et l'organisation du réseau public. Les principes et outils de gestion (Bertrand et Stimec, 2011) sont instaurés la plupart du temps par les gestionnaires au sein des établissements. Même si la rationalisation et la réorganisation a débuté au sein du réseau de la santé et des services sociaux depuis les années 1990 par différentes orientations et pratiques d'intervention, il se dégage, un fort engouement, partagé par de nombreux établissements, pour divers projets visant l'amélioration des méthodes de travail et la productivité des intervenant.e.s. La méthode Lean, inspirée du toyotisme, l'optimisation des processus de travail où les réorganisations de services sont d'autres exemples qui découlent de la NGP. Dans certains cas, comme la méthode Lean, par exemple, le personnel est impliqué, ce qui n'est pas le cas de tous les projets d'optimisation et dont les moyens mis en œuvre sont imposés aux intervenant.e.s. La méthode lean et les projets d'optimisation ont créé beaucoup d'émoi au Québec au cours de la dernière année, plusieurs acteurs ont dénoncé la finalité des projets – les intervenantes, les syndicats et groupes de pression. Dans certains cas, le réseau public s'est allié à des firmes privées, relativement coûteuses, pour mener à terme des projets d'amélioration de la gestion des services. Proaction fait partie de ces firmes. Leurs interventions s'inspirent des pratiques du secteur manufacturier. Et derrière les projets d'optimisation de services se cache un objectif financier. Dans le contexte d'un contrôle de dépenses budgétaires importantes, les moyens mis en place exercent une pression importante sur les soins et services. L'évaluation des retombées des projets s'avère difficile, car ils demeurent rarement évalués, ils font rarement l'unanimité et les résultats obtenus souvent peu éclatants. On peut toutefois douter de certaines pratiques mises en place au sein des organisations, privilégiant l'efficacité et le contrôle des coûts et une productivité qui se mesure par l'augmentation de la vitesse de travail dont le nombre d'interventions sans faire état de la qualité des services rendus. Cette recherche de performance inspirée de logique managériale fait usage d'indicateurs quantitatifs. Ces indicateurs mesurent davantage la productivité que la qualité de l'intervention – nombre de

rencontres, heures allouées par cas, le volume d'intervention – et traduisent partiellement la complexité du travail réel sur le terrain. Ces projets ont souvent pour effet de déshumaniser les services rendus et tout autant les intervenant.e.s qui rendent ces services aux citoyens. Les mots d'ordre de la NGP sont le service client, productivité, efficacité et la gestion par résultats. Un tableau de Merrien (1999 : 99-102), et repris avec des modifications par les auteurs de ce texte, illustre les promesses et les effets pervers causés par la NGP :

<u>CE QUI EST PROMIS AVEC LA NGP</u>	<u>LES EFFETS PERVERS</u>
Gestion participative	Intensification du travail – Multiples niveaux de participation demandée aux intervenantes sans toutefois avoir dans bien des cas un réel pouvoir d'influence
Décentralisation et délégation	Dédoubllement ou pouvoir diffus –
Réduction de la bureaucratie	Délégation des tâches administratives au personnel professionnel et technique – Double rôle assuré par les professionnelles cliniques – tension éprouvée par ces dernières entre leur rôle de coordination et clinique.
Meilleures pratiques de gestion	Mise en concurrence des établissements publics et privés.
Transparence dans l'évaluation des coûts et de la performance	Multiplication des évaluations statistiques et compétition entre le personnel ; Idéologie de performance.
Autonomie et flexibilité, mais contrôle accru du côté de la gestion	Augmentation des tâches - de la charge de cas et de la polyvalence.
Utilisation des nouvelles technologies pour contacter les usagers et les partenaires	Réduction des contacts humains

Comme on peut le constater, les nouvelles pratiques de gestion ne sont pas sans affecter la pratique des intervenant.e.s sociaux soumis aux impératifs de la NGP qui souhaite « rendre optimale l'utilisation des ressources organisationnelles et professionnelles » (Larivière, 2007 : 69 ; Chénard et Grenier, 2012 ; Richard, 2014 ; Pelchat et coll., 2004) qui véhicule des valeurs antagonistes. Par ailleurs, on évalue les intervenantes, en tenant plus ou moins compte des moyens financiers et ressources à leur disposition. Ces moyens ont pour but de « récompenser les meilleurs éléments pour pouvoir les conserver et décourager les moins bons employés, voir même les éliminer de la structure organisationnelle. » (Giauque, 2010 : 63). Cette croyance privilégie l'individu au détriment du collectif. Une erreur selon plusieurs études. En effet, l'individu est performant si son environnement de travail est adéquat et dans la mesure où il peut profiter de l'apport de ses collègues (Pfetter et Sutton, 2007 cités par Giauque, 2010). Par ailleurs, le collectif est toujours plus performant que l'individu seul (Barnard, 1966). Au-delà de la reconnaissance économique, les individus, pour prendre part au collectif, doivent avoir une certaine satisfaction et foi en la mission des organisations, comme l'indique Barnard (1966 :82) :

« The vitality of organizations lies in the willingness of individu to contribute forces to the cooperative system. This willingness requires the belief that the purpose can be carried out, a faith that diminishes to the vanishing point as it appears that it is not in fact in process of being attained. Hence, when effectiveness ceases, willingness to contribute disappears. The continuance of willingness also depends upon the satisfactions that are secured by individual contributors in the process of carrying out the purpose. If the satisfactions do not exceed the sacrifices required, willingness disappears, and the condition is one of organization inefficiency. If the satisfactions exceed the sacrifices, willingness persists, and the condition is one of efficiency of organization ».

Ce commentaire de Barnard (1966), administrateur et auteur pionnier de la théorie de la gestion et de l'organisation des entreprises, dont les critiques sont actuellement repris par plusieurs auteurs, démontre toute l'importance de la coopération au sein des organisations, mais également la croyance à la mission de l'organisation. Si cette foi disparaît, la volonté de coopérer diminue et le collectif inévitablement ébranlé. Une situation qui peut s'apparenter au réseau actuel. La logique managériale ou

gestionnaire entre en contradiction avec la perception qu'ont les intervenantes de leur travail et du sens qu'elles donnent à leur pratique (Amadio, 2009). En se soumettant aux protocoles qui régissent et standardisent leurs pratiques, les intervenantes doivent réaliser des actes administratifs répétitifs et monotones. À cela, s'ajoute une intensification de la charge de cas jumelée à une diminution des embauches qui exercent aussi des pressions considérables sur les intervenantes. Par ailleurs, la gestion de cas, davantage utilisé du côté du soutien à domicile, et assurée par différents professionnels, conduit à des mandats plus flous entre les professionnels avec une imputabilité accrue en laissant bien souvent peu d'espace à l'intervention psychosociale (Bourque, 2009b; Parrizelli, 2010) et au travail de proximité perdu à investir dans le clérical (Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay, Maltais, 2010).

L'arrimage sous le modèle hybride de la coordination et de la clinique n'est pas de tout repos, surtout avec la charge de cas, la reddition de compte et l'imputabilité; « les intervenant.e.s ont le sentiment de perte de contrôle de l'organisation de leur travail » (Bourque et coll., 2010 : 11). Les collaborations, avec les hôpitaux et différents acteurs locaux, centrales dans ce modèle ne sont pas toujours effectives avec une tendance à l'hospitalocentrisme :

« Le RSIPAPA, dont la gestion de cas fait partie, ne se situe pas encore pleinement dans une logique de réseaux locaux de services (RLS), laquelle devrait en principe encourager une collaboration inter-établissement, incluant les organismes communautaires et les entreprises privées et coopératives. Ce constat révèle l'existence d'une tension entre les principes prescrits des politiques domicilocentriques et les principes qui sont réellement mobilisés dans la pratique, à savoir, une centration forte des services de soutien à domicile vers l'hôpital » (Carrier, 2012/2013 : 80).

Par ailleurs, le contrôle accru et l'exigence d'une « nette pression productiviste ("faire plus avec moins") », en plus de la charge de cas augmentée et souvent considérée "lourde" (Larivière, s.d.; Chénard et Grenier, 2012) ont des impacts considérables sur un grand nombre d'intervenant.e.s sociaux. Le tableau plus bas, modifié d'une version précédente, démontre les logiques clinique et administrative et leurs finalités respectives (Chénard et Grenier, 2012 : 22). L'intervenant se situe à la

jonction de ces finalités et en porte le poids des écarts et contradictions entre le professé et les demandes du milieu.

Tableau 1

Trois logiques coexistent au sein d'une même institution

Logique clinique	Logique administrative	Logique médicale
Qualité de la relation / Travail de concert	Résultats	Traiter la maladie / Culture scientifique
Favoriser le mieux-être individuel et collectif	Diminuer des listes d'attente	Combattre la maladie/Curatif
Orientée sur le processus Réfléchir et agir avec la personne	Orientée sur les résultats au moindre coût – gestion du social	Agir rapidement sur les symptômes présentés par l'individu
Unicité et singularité	Uniformité et standardisation	Uniformité et standardisation/protocoles
Sujet	Objet de soins	Corps objet

Les logiques d'actions entre celles professées par la clinique et la gestion s'inscrivent bien souvent de manière antagoniste et génèrent des enjeux axiologiques dans les milieux de travail entre les acteurs appartenant à différents secteurs d'emploi. Et le contentieux persiste entre le médical - santé et le social (Bourque et coll., 2010). Aussi, les tensions s'élargiraient également entre collègues. L'enquête réalisée par Larivière et coll. (2010), citée plus haut, indique une transformation importante du contexte de travail. Les relations professionnelles seraient parfois tendues entre les professionnels et l'on assiste à des comparaisons et des jugements sur l'activité professionnelle de l'autre. Sont également exprimées, 1- les impacts de la mobilité considérable des professionnelles qui nuisent à l'évolution des collaborations

interprofessionnelles ; 2- le temps manque pour se concerter, se rencontrer et développer des visions convergentes et faire des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) cohérents. Cette enquête révèle, les impacts de cette constante mouvante au sein du réseau et la difficulté d'en comprendre le sens et de se sentir intégré aux transformations. Cet aspect contribue certainement à la recherche – ou perte – de sens éprouvé par les intervenantes dans leur pratique et à la démobilisation ressentie par plusieurs. Des facteurs qui contribuent à l'absentéisme au travail chez les professionnelles. En effet, Larivière (2013 : 74), à partir d'un rapport d'un comité provincial sur l'assurance salaire, fait état du haut taux d'absentéisme au travail que connaissent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux depuis 1993-1994, soit une hausse des absences en assurance salaire culminant 24 % :

« [...] Environ 10 500 employés en équivalent à temps complet sont absents annuellement en fonction de l'un ou [de] l'autre des régimes, ce qui représente 7,5 % des effectifs à temps complet du réseau; les coûts directs des régimes d'indemnisation se situent à plus de 330 millions de dollars annuellement » (MSSS, 2001, p. i)

Ces chiffres n'indiquent pas précisément la tangente relative au taux d'absence des intervenantes sociales, mais offre des indices révélateurs de la situation prévalant actuellement dans le réseau. Et ces emplois sont à 75 % occupés par des femmes. L'environnement de travail actuel, produit de la NGP peut certainement s'inscrire comme un élément lié au symptôme d'absentéisme.

Les principaux facteurs de risque portant atteinte à la santé mentale sont la surcharge quantitative, le peu de reconnaissance de l'entourage, les pauvres relations avec le supérieur ainsi que la faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information. Par ailleurs, on considère le manque de reconnaissance comme une problématique prioritaire (Brun, Biron et Ivers, 2007.)

Une des particularités du système québécois est qu'il inclue les services sociaux depuis sa mise en place. Et même si le partage des ressources à l'intérieur même du système de santé et des services sociaux s'est toujours fait à la faveur des soins de santé, on peut affirmer que les 20 dernières années ont été encore plus inéquitables.

Par ailleurs, depuis un certain temps ce ministère est assumé par des médecins. Il faut tout de même mentionner qu'en 2012, le gouvernement du PQ avait toutefois créé un ministère des Services sociaux à la tête duquel Véronique Yvon avait été nommée. Le rôle des ministres n'est pas d'être un spécialiste de leur ministère, mais bien un chef qui commande un organe expert. Le danger que ce siège soit occupé par un médecin est justement l'adoption d'une posture étroitement médicale, avec une vision exclusivement santé avec une logique basée sur le service au détriment de l'intervention sociale et communautaire coconstruite³⁷. Cette approche à prédominance, sinon exclusivement, médicale constitue une limite, car elle ne constitue pas une avenue prometteuse pour lutter adéquatement contre les problématiques sociales et d'apporter un réel changement social.

Les problèmes sociaux ont été relégués, en grande partie, vers les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale, avec des ressources limitées. Les acteurs du communautaire ressentent eux aussi fatigue et découragement. L'allocation des ressources restreintes et le contexte de reddition de compte pèsent et s'inscrivent pour certains comme une forme de violence structurelle à leur égard. Les exigences deviennent insoutenables. Une situation inéquitable et honteuse par rapport à la richesse ingérée dans les budgets de la santé.

De plus, la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, qui renforce la médicalisation du système, la nouvelle gestion publique des services et l'application de l'approche populationnelle (efficacité et ses indicateurs) marginalise davantage les services sociaux et rend le contexte de pratique très difficile et pour différentes raisons liées à ses valeurs, aux tâches désignées et à son autonomie : sentiment que la clientèle n'est pas véritablement au centre des décisions et préoccupations organisationnelles³⁸, impossibilité de pratiquer selon ce qui est professé ou souhaité, sentiment d'impuissance et peu d'espoir de changements ; stress constamment élevé, forte pression (liste d'attente), sentiment que ses

³⁷ Repris partiellement de David et coll. (1991).

³⁸ Cet élément rejoint Barnard, 1966.

compétences sont mal ou sous-utilisées, sentiment de reconnaissance limitée du travail réalisé, isolement clinique; précarité d'emploi obligeant à s'adapter fréquemment à des changements de tâches – usure ; absence d'autonomie décisionnelle, forte imputabilité et pouvoir limité (Larivière, 2013).

La planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des services sociaux laisse entrevoir des effets encore plus persistants sur les intervenant.e.s et leur pratique puisqu'elle projette la vision d'un réseau de services intégrés et performants requérant « que les organisations et les intervenant.e.s du réseau se mobilisent pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables et s'en rendent imputables » (MSSS, 2010) ce qui continuera à réduire encore leur autonomie professionnelle et à accroître leur souffrance. Dans un document du ministère de la Santé et des services sociaux (2013) sur les services sociaux généraux, on indique les standards d'accessibilité. Ainsi pour une consultation téléphonique psychosociale 24 / 7, « 90 % des appels d'ici 2015, devront obtenir une réponse dans un délai de < 4 min ». À quand les standards de qualité au-delà du quantitatif?!

Suite à l'élection du gouvernement, sous la gouverne de l'ancien ministre de la Santé Philippe Couillard, voilà que le nouveau ministre de Santé Barrette dépose une nouvelle réforme. Le projet de loi 10 est clairement teinté par les idées et les principes de la nouvelle gestion publique. On le constate dès la lecture des notes explicatives qui mettent l'accent sur l'efficacité.

« Ce projet de loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacité de ce réseau (Projet de loi 10, p.2) ».

Pourtant, une littérature scientifique abondante identifie des avenues d'intervention plus prometteuses que celles identifiées par le projet de loi n°10 (Contandriopoulos, 2014). Et si la réforme Couillard avait encensé le rôle de gestionnaires (Bolduc,

2013), la proposition de réforme du ministre Barrette va plutôt, du moins dans le discours, dans le sens opposé. Il y aurait donc trop de gestionnaires par rapport aux employés. En conséquence, le système de santé et de services sociaux renouvelé comporterait seulement deux niveaux hiérarchiques. Pourtant, en période de réformes, les gestionnaires comme l'indique Contandriopoulos (2014) ont un rôle crucial dans l'opérationnalisation sur le terrain. Malgré le fait que l'idée peut être louable, il faut garder en tête que la reddition de compte et la gestion par résultats requièrent un contrôle important sur les travailleurs. Nous sommes à même de soulever un questionnement sur le style de gestion à venir et comment les décisions de la direction vers le terrain seront négociées avec l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques dans un contexte de fusions. Alors que l'on se remet à peine de la création des agences et des fusions de 2003 dans le réseau, ce projet va encore plus loin en ce qui a trait à la fusion des établissements puisqu'il vise l'intégration de tous les établissements de santé et services sociaux en une seule organisation par région administrative, exception faite de Montréal. Tous les établissements ayant une mission de première ligne et un mandat psychosocial spécialisé (CJE et Centres de réadaptation à vocation spécifique) seront intégrés au nouveau Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Leurs orientations cliniques seront déterminées par le mandat de l'établissement principal – le CH, comme l'indique déjà la recherche de Carrier sur la gestion de cas : « Cela traduit une forme nouvelle d'hospitalocentrisme, qui induit un effet structurant sur la temporalité réelle de déploiement de la gestion de cas. La coordination avec les hôpitaux se voit même intensifiée par le projet intégrationniste, qui s'est trop vite réduit à la seule fusion des établissements, l'intérêt de l'hôpital devenant par le fait même l'intérêt de tous» (Carrier, 201/2013 : 87).

Si l'on avait reproché à la réforme Couillard d'accorder trop de pouvoir aux hôpitaux, on ne peut que souligner le caractère hospitalocentriste de celle-ci et la taille démesurée que seront les établissements réunis.

Cette transformation, conforme au principe de la nouvelle gestion publique qui, sous les couvertures d'une plus grande décentralisation, octroie un fort contrôle aux décisions

centrales ce qui donne toute latitude au ministre d'exercer une forte emprise sur le réseau sociosanitaire. On peut ainsi penser que la combinaison de la nouvelle gestion publique avec ces structures extraordinaires ne pourra qu'accentuer l'aspect technocratique du réseau. La place jadis réservée aux citoyens et de sa participation sociale au sein des établissements est maintenant révolue et de surcroît avec lorsque les membres du conseil d'administration sont nommés par le ministre.

SYNTHÈSE GLOBALE

Transformation graduelle du système de santé et de services sociaux québécois

Une suite de réformes ont façonné, chacune de manière particulière le système sociosanitaire québécois (Bourque, 2009a) qui a été soumis à trois tendances (Vaillancourt et coll., 2000) appuyées par des acteurs et des intérêts spécifiques:

1- l'orientation sociale-étatiste qui vise la continuité du providentialisme; 2- l'orientation néo-libérale qui prône un État minimal et le recours aux lois et aux forces du marché; 3- l'orientation démocratique et solidaire qui propose une troisième voie entre l'État et le marché autour du renforcement des collectivités, de l'économie sociale et des associations soutenues par l'État, et où la société civile se produit elle-même et se densifie sous l'impulsion de l'expérimentation et de l'innovation sociales (Groulx, 1993).

On remarque toutefois, durant les dernières années une forte tendance à une orientation néolibérale avec une intervention minimale de l'État en terme financier, mais marqué par une forte centralisation du pouvoir et contrôle des ressources injectées par l'État.

Une brève rétrospective sur la Loi de 1971 permet de constater le schisme entre la mission initiale, la direction prise et les impacts.

En 1971 la Loi de la santé et des services sociaux est mise en place. L'État intervient directement dans les secteurs de la santé et des services sociaux dans le but de réduire les inégalités sociales. Dans cette perspective, on crée une politique globale de développement social basé sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de sécurité de revenu. On crée alors le ministère des affaires

sociales responsable des politiques de santé, de services sociaux et de sécurité du revenu. Avec cette loi, la santé est reconnue comme un droit universel, légitime et incontestable et les besoins de soutien social des personnes en cas de nécessité. Toutefois, depuis les années 1970, le réseau de la santé et des services sociaux s'est éloigné de sa mission première soit un système de santé publique, gratuit, accessible et universel, sans égard au revenu ou au statut social des personnes. Les coûts du système sont croissants, mais le discours de l'État est paradoxal. D'un côté, on assiste à un discours étatique dirigé sur la rationalisation des dépenses en santé et services, et de l'autre, à une biomédecine qui propose des soins et traitements par des technologies de plus en plus coûteuses. L'offre et la demande font augmenter les coûts et l'allocation des ressources en santé devient un enjeu majeur au sein d'un État qui souhaite mettre un frein à la croissance des dépenses en santé... (Grenier, 2012). Toutefois, malgré cette croissance des coûts en santé, les problèmes sociaux ne régressent pas.

L'une des particularités du réseau de la santé et des services sociaux est justement ce croisement entre les soins de santé et les services sociaux depuis sa mise en place. Même si, dans une large part, l'allocation des ressources à l'intérieur même du système de santé et des services sociaux s'est toujours faite à la faveur des soins de santé, on peut sans conteste, affirmer que les 20 dernières années ont été encore plus inéquitables. En effet, même le système de santé et des services sociaux a été réformé plusieurs fois avec des compressions budgétaires pour la santé et les services sociaux, mais plus drastiques encore en direction du secteur social. Depuis les vingt-cinq dernières années, les réformes se sont succédé, peu importe le gouvernement en place, modifiant graduellement l'orientation du régime public des services de santé et des services sociaux. Des services assumés jadis par l'État ont été relégués au secteur communautaire, aux entreprises d'économie sociale et à l'entreprise privée. Le régime public s'est progressivement modifié en un marché lucratif et coûteux ; un système à double vitesse.

Mouvance du service social : de la charité à la NGP

En parallèle à ces réformes, le travail social et les intervenant.e.s sociaux, depuis les années 70, ont traversé et subi, à travers la temporalité, des périodes de mouvances importantes. Voici quelques éléments significatifs de ces périodes de mouvance.

Les années fastes de la décennie 70 et 80 amènent des changements structuraux importants, des pratiques innovantes, une ouverture sur la communauté avec un travail de proximité avec les acteurs locaux et les citoyens. L'époque de la charité privée est bel et bien révolue et la profession est maintenant étatisée.

Vers la fin des années quatre-vingt et durant les années quatre-vingt-dix, on dénonce la lourdeur des tâches administratives aux dépens du travail d'intervention, l'intervenant.e est devenue une experte. On assiste à une technocratisation des services sociosanitaires. La situation se détériore au point tel que survient la crise du social. Plusieurs aspects en découlent. La crise de l'État providence – la crise économique – amène une rationalisation des services dus à la crise, les investissements espérés dans les CLSC ne viennent pas, la réorganisation dans certains établissements nourrissent les critiques, les uns dénoncent la lourdeur bureaucratique des CSS et les autres, le manque de reconnaissance professionnelle au sein des CLSC (Prud'homme, 2011). Des efforts sont faits pour redonner un second souffle au service social. On valorise le travail de concertation et l'on met en place de nouveaux modèles de pratique, dont l'approche communautaire. Malgré certaines tentatives, le traitement public des problèmes sociaux tend notamment à s'individualiser (Ravon, 2008) – on psychologise de plus en plus les problèmes sociaux : avec le déclin des institutions, les interventions sont éclatées et on assiste à la personnalisation de l'action mettant en avant « le risque de psychologisation des rapports sociaux, c'est-à-dire le risque de la “diffusion d'une attention exclusive à soi au détriment des investissements sociaux et politiques” (Castel, 1981) » (Revon, 2008: 2). Avec les années 2000, les gestionnaires des services de santé et des services sociaux, sous l'emprise de la nouvelle gestion publique, exercent un contrôle de plus en plus serré sur les pratiques sociales avec une tendance forte à la reddition de compte. L'autonomie décisionnelle des intervenant.e.s sociaux est mise à mal. Par ailleurs, les orientations politiques se sont singularisées et sont placées sous des idéologies d'autonomie, de participation ou de responsabilité, ce qui a pour effet

d'imputer les difficultés sociales aux individus mêmes qui font face à ces difficultés, à l'inverse, des politiques solidaires des uns et des autres (Revon, 2008).

CONCLUSION

Depuis la fin des années quatre-vingt, les contrecoups de la crise budgétaire (Mayer, 2002), et la croissance des coûts en santé ont conduit le Québec à revoir ses politiques publiques, dont les services de santé et les services sociaux. L'État effectue alors un virage dans ses politiques, passant d'un modèle providentialiste à un modèle postprovidentialiste, de la gratuité à un nouveau partage des responsabilités entre l'État et les citoyens. La réforme Côté, fortement inspirée du rapport Rochon, constitue un marqueur important dans cette transformation avec une orientation politique suggérant à la fois des valeurs sociales démocrates et néolibérales. Le ministre Côté évoque la crise des finances publiques pour instaurer des mesures que l'on qualifiait alors d'efforts budgétaires inévitables. De nouvelles logiques administratives et organisationnelles sont implantées et modifient la manière de penser, d'organiser et d'évaluer les pratiques professionnelles. Les fondements idéologiques qui ont jusqu'ici guidé le modèle du réseau de la santé et des services sociaux s'estompent graduellement au profit de priorités économiques par une sévère reddition de compte pour les établissements et les professionnels. On dénombre des transformations importantes sur différents volets : politique, idéologique, administratif, organisationnel et pratique (pratiques sociales). Les impacts sur les intervenant.e.s sont considérables et viennent modifier leur organisation de travail, voire la nature, la quantité et la manière de le réaliser. Cette réorganisation dans ses valeurs et ses finalités provoque également certaines tensions entre les acteurs, à l'interne et à l'externe. Cette réorganisation dans ses valeurs et ses finalités provoque également certaines tensions entre les acteurs, à l'interne et à l'externe. Les intervenant.e.s entre eux vivent des tensions – le climat de performance conduit à une compétitivité. Ces derniers sont parfois en conflit ouvert, ou en résistance passive, avec le supérieur immédiat. Les relations avec les collaborateurs externes, les partenaires et les destinataires de l'intervention génèrent dans certains cas un stress négatif. Les requêtes des acteurs externes – demande de prise en charge plus rapide,

réaction négative devant un délai de prise en charge, insatisfactions, requête pour de nouveaux services, etc. – créent parfois un sentiment d’impuissance, de frustration ou de colère. Le climat actuel amène vraisemblablement l’intervenant.e. à devoir gérer, en plus des contradictions actuelles inhérentes au travail social, à désamorcer des relations potentiellement conflictuelles.

Découlent également de cette réforme de nouvelles orientations : réorganisation dans le développement des établissements et des territoires ; diminution des services – panier standardisé de services; approche populationnelle par le ciblage de populations à risque et l’atteinte de cibles précises par des indicateurs de performance à atteindre, une orientation qui laisse croire à un contrôle sur ces populations cibles, plutôt qu’un réel soutien avec des mesures effectives et aidantes. La solidarité sociale est alors troquée pour une responsabilité accrue à la personne, aux familles et aux organismes communautaires ; une porte s’ouvre timidement vers le secteur privé - une hausse constante des coûts en matière de soins et de services à prendre en charge par les personnes et les familles – même si on laisse croire au régime public ; la prestation des services est orientée principalement vers le curatif. Autrement dit, la santé constitue une priorité – et devient la raison des services –, en délaissant progressivement la prévention, l’éducation et la mise en place de projets novateurs locaux rejoignant la population et ses véritables besoins. Les services sociaux deviennent de plus en plus marginalisés. Les réformes successives placent avantageusement le sanitaire, le curatif au dépend du social. L’intervention sociale est bien souvent jugée secondaire.

Il faut voir derrière les réformes l’application graduelle de la nouvelle gestion publique. Le passage de l’accessibilité universelle des services vers une gestion postmoderne où les ressources sont utilisées au maximum dans un refrain de : déficit zéro, efficacité et efficience des services, productivité, imputabilité, droits des usagers (Larivière, 2013), rendement statistique, performance au travail et excellence. Ce contexte de reddition de compte rend l’exercice du travail social dans ses multiples rôles contraignants. L’espace laissé à l’intervention psychosociale auprès des destinataires de l’aide est réduit, voire même calculé ; rendement oblige avec la reddition de compte. Et plutôt que d’intervenir conformément à leur rôle

premier, de soutien, d'accompagnement, de prévention et d'intervention, les intervenantes assument des tâches d'évaluation, de gestion de cas davantage axée à la coordination de services.

À chacune des réformes, de nouvelles balises s'inscrivent en parallèle à l'exercice professionnel, servant à des fins d'évaluation et de contrôle. L'autonomie décisionnelle s'en trouve réduite. En étant dépossédé de leur autonomie, on retire aux intervenantes – et au travail social – les possibilités d'innover et d'apporter une réponse au singulier. Pire, en voulant répondre aux exigences institutionnelles les intervenant.e.s sont piégé.e.s – incapables de répondre convenablement aux impératifs de leur profession et aux personnes elles-mêmes.

Le service social a été réduit à « des fins instrumentales» (Larivière, 2007 : 72), en devenant davantage au service de la gestion plus qu'à la population, au service d'une idéologie gestionnaire (De Gaulejac, 2005). La reconnaissance et l'identité du travail social sont mises à mal. La priorité de l'objet de soins et de services est déplacée pour accorder une priorité aux valeurs d'efficacité, d'efficacité, d'atteinte de résultats, d'imputabilité et de performance des acteurs (Bernier et Angers, 2010; de Gaulejac, 2005). De Gaulejac (2010 : 97) fait mention de préoccupations utilitaristes dans le but « d'améliorer la productivité ». En proposant de nouvelles logiques d'action et des transformations considérables au sein des organisations et des programmes, ces orientations créent une nouvelle dynamique dans les relations entre acteurs et dans les pratiques professionnelles (Divay et Gadéa, 2008 ; Amadio, 2009). Elles véhiculent des logiques d'action susceptibles de confronter les valeurs fondamentales du travail social, construites à la base sur des principes humanistes. Optant plutôt pour une mesure quantitative de l'activité, en considérant plus ou moins la qualité et la réalité du travail effectué. L'intervenante sociale doit « produire » des services au meilleur coût possible; « il faut faire toujours mieux, de plus en plus vite, avec moins de moyens » (De Gaulejac, 2005 : 328). Et ce peu de moyens, comme l'évoque De Gaulejac, constitue un fait réel. Les services étant limités et standardisés les groupes minoritaires – LGBT, personnes vivant avec le VIH, travailleuses du sexe, etc. –, ont souvent peine à se retrouver dans l'offre de

services, et les autres, la population plus large, déplore l'insuffisance d'heures de services allouées, les critères d'accès, les délais et l'augmentation de certains frais refilés directement aux destinataires.

Cet aspect relatif à la disponibilité des services constitue un stress important pour les intervenant.e.s. Au-delà des bonnes paroles, comment, faute de moyens, apporter une aide concrète et effective?! Ces derniers, sont aussi, peu épaulés dans leur travail et se retrouvent seul devant des situations complexes. Les gestionnaires clinico-administratifs ont été dans certains milieux évincés. La supervision est souvent assurée par une intervenante senior cumulant une double tâche – intervention et supervision. Dur labeur, peu conciliable dans un travail exigeant disponibilité. Par ailleurs, l'environnement ne permet pas toujours le travail de collaboration, la logique de gestion actuelle tend davantage au travail individuel qu'au collectif. Aussi, les relations jadis plus égalitaires entre les intervenant.e.s et leur supérieur immédiat, construites sur la base de négociations, se sont hiérarchisées. Le style de gestion n'est certes pas une préoccupation et le soutien organisationnel souvent une lacune. La NGP implantée au sein des organisations n'est pas étrangère aux tensions vécues entre les intervenant.e.s et leur supérieur immédiat. La logique managériale s'impose avec de plus en plus d'aplomb donnant un grand pouvoir aux gestionnaires entrant parfois en conflit avec les devoirs et obligations des professionnels par leur ordre professionnel (Richard, 2014 ; De Gaulejac, 2005).

« [...]l'intensification du travail, l'augmentation du stress, l'épuisement professionnel, les problèmes d'intégration via l'encadrement administratif, le manque de supervision et de discussion clinique/éthique offerte en travail social, l'incapacité à offrir des services à la hauteur des standards professionnels, la préoccupation pour le lien professionnel avec les clientèles, le climat de travail qui se dégrade, les conflits de valeurs ou conflits de rôle susceptibles d'affecter l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, etc. Ce recoupement de thèmes est révélateur, car il vient donner une certaine légitimité aux dires des professionnels qui interviennent dans le contexte de la NGP et qui, à cause de conditions de travail difficiles, souffrent » (Richard, 2014 : 139).

Les syndicats, dans une position plus difficile que dans les années 1970, n'ont pas été en mesure d'influencer les décisions gouvernementales (Charest et Rhéaume, 2008). Le rapport de force est peu équitable, la popularité des idées néo-libérales joue

d'influence et de popularité dans les orientations prises par l'État (Bourque et Leruste, 2010).

Au-delà des pratiques, les établissements se sont eux aussi transformés, gagnant en technocratie et en bureaucratie. La prolifération des fusions n'étant pas étrangère à ces résultats. La dimension des établissements, et le contrôle qu'on y exerce, ne permettent plus des ententes informelles concluent rapidement entre-deux intervenant.e.s à l'intention du destinataire de l'intervention. La bureaucratie a alourdi le fonctionnement de l'intérieur et de l'extérieur ; les structures gigantesques et les mesures de contrôle imposées pour chaque demande, à chaque palier, encourrent un délai de traitement. Difficile parfois de s'y retrouver pour les intervenant.e.s, imaginons ce qu'il peut en être pour le citoyen ordinaire.

« Ces transformations ont modifié les rapports aux collectivités établis auparavant par les CLSC, entraîné un alourdissement des structures de gestion et marqué une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP) et de la logique médicale » (Bourque, 2009a : 1).

Certains établissements comptent des milliers d'employés divisés entre 10 à 30 points de services. Ce type d'organisation ressemble davantage à des établissements sous régionaux qu'à un établissement implanté localement, à proximité des citoyens (Larivière, 2007). Ce type d'établissement a favorisé une distance avec les citoyens locaux et le travail de concertation, jadis beaucoup plus présent. Malgré la décentralisation, les établissements n'ont jamais autant rendu de comptes aux Agences de santé et de services sociaux, éloignées du terrain. Un rapport de force s'est installé entre ces acteurs.

Les réformes, par les valeurs qu'elles engagent, semblent éloigner les acteurs – et les établissements – de leur mission première.

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux, amorcée depuis la fin des années 1980, s'inscrit en décalage avec la finalité et les valeurs du travail social. L'enjeu d'une recherche de sens dans le travail, pour ne pas mentionner la perte de sens pour bon nombre d'intervenant.e.s sociaux, est contagieux. Les finalités du travail social, du travail avec autrui, dans le contexte actuel, sont source de tensions

pour les intervenant.e.s. L'écart entre le travail souhaité et réalisé, provoque parfois un malaise voire même une « souffrance éthique » (Desjours, 2006), une souffrance morale amenant parfois résignation, désengagement, colère ou revendications. Et il faut bien le dire, certains milieux s'en tirent moins bien que d'autres : « là où la performance se mesure uniquement par la quantité d'activités accomplies, nous assistons à une démobilisation qui se traduit déjà par une réduction certaine de l'efficacité et une augmentation du roulement et de l'épuisement du personnel... » (Larivière et coll., 2010 : 32). L'absence de soutien clinique dans le milieu de travail, un réel soutien, ne fait qu'augmenter la démobilisation et le stress quotidien. Dans certains CSSS on a même retiré les gestionnaires clinico-administratif voué à cette tâche. Pourtant, bon nombre d'intervenant.e.s, dont les infirmières, ont accès à ce type de soutien. Dans certains CSSS, on a créé une direction des services multidisciplinaires, il semble qu'on accorde, au sein de cette structure, une importance du développement d'une expertise clinique sociale, offrant généralement, formation, supervision et consultation en reconnaissant toute la place nécessaire à la collaboration interprofessionnelle. Cette orientation plairait aux intervenantes par la valeur accordée à la qualité des services offerts à la population et reconnus centrale par l'organisation (Larivière, 2013).

Les intervenant.e.s sociaux ont montré maintes fois leur capacité de résilience face aux changements, mais les pressions actuelles exercées par la nouvelle gestion publique, et ses défenseurs imposent leurs vues et direction. La vague déferlante est forte et puissante. On déconstruit à coup de loi matraque, le réseau de la santé et des services sociaux. Initialement, ce projet se voulait une protection sociale pour tous empruntant des valeurs d'équité et de solidarité. Si l'avant-projet de loi 10, présenté par le ministre Barette de la Santé et des Services sociaux, est mis en œuvre, un pas de plus est fait vers le démantèlement du réseau de la santé et des services sociaux instauré durant les années 70. On ne peut qu'attendre de ce projet de mégafusion des CSSS, plus de technocratie où le sanitaire gagne davantage de terrain et marginalise encore plus le service social dans un contexte où le ministre détient une grande part de pouvoir.

Le discours du gouvernement sur le déficit et la nécessité de réduire les dépenses publiques³⁹ porte à croire que le virage vers la privatisation des services ira croissant et inévitablement les responsabilités renvoyées aux personnes elles-mêmes, aux proches et aux organismes communautaires. Pourtant, les proches sont déjà largement engagés.

Dans ce travail de recherche documentaire, il a été impossible d'évaluer séparément les sommes versées à la santé et aux services sociaux. On en déduit, sans nul doute, que l'allocation des ressources est en bonne partie versée à la santé. Dans les éléments d'amélioration de la performance du système de santé, un consensus existe sur la nécessité de réviser les modes de rémunération des médecins comme faisant partie des aspects incontournables (Contandriopoulos, 2014). C'est à souhaiter. Par ailleurs, l'offre de soins est de plus en plus large et certains de ces soins sont onéreux. En fusionnant les établissements, les CH engouffrent une bonne part du budget, laissant les services à la communauté se débrouiller avec une mince part du

³⁹ Il est intéressant de noter que dans un contexte de limitation des dépenses, les fédérations médicales ont négocié une récente salariale malgré une augmentation remarquée depuis 2008. Espérons que nous ferons comme nos provinces voisines soit de diminuer la rémunération des médecins : « Entre 2008-2009 et 2012-2013, les paiements moyens aux médecins québécois sont ainsi passés de 225,667 \$ à 279,206 \$, une hausse de 21,9 % en quatre ans, environ le double d'ailleurs au Canada. Tant et si bien que les médecins québécois ne sont plus en queue de peloton. Le Québec est maintenant au cinquième rang, derrière l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et le Manitoba. L'écart qui sépare le Québec de la moyenne canadienne, 328,067 \$, est de 15 %, exactement l'écart de niveau de vie entre le Québec et le Canada. Il y a donc progrès. Il faut également tenir compte du fait que toute la question d'une juste rémunération des médecins repose sur une anomalie. Les salaires des médecins sont plus élevés au Canada que dans la plupart des pays européens riches parce qu'ils sont aspirés vers le haut par les très fortes rémunérations consenties aux États-Unis. On assiste donc à un jeu de vases communicants pour éviter un exode. Le Québec est forcé de tenir compte de ce contexte, quoique la pression est moins forte en raison de la plus petite mobilité des médecins francophones. On doit également noter une autre tendance. L'an dernier, la rémunération des médecins a baissé dans quatre provinces riches, soit l'Ontario, l'Alberta, le Manitoba et la Colombie-Britannique. Cela annonce peut-être un changement de direction qui rendra moins long le chemin du rattrapage. » (Dubuc, 2014). Le paiement à l'acte des médecins constitue un autre facteur contributif à augmenter la dette en santé. La rémunération des médecins est la deuxième plus importante dépense en santé au Québec après le fonctionnement des hôpitaux. Il en coûte, pour la rémunération des médecins 16 à 17 % des dépenses publiques en santé. En 2000, la province a versé 2,9 milliards aux 15 770 médecins et en 2012, 5,51 milliards ont été dédiés à 19 700 médecins (Comptes de la santé 2012, MSSS). C'est dire qu'en douze ans, le nombre de médecins a progressé de 25 % tandis que leur masse salariale a grimpé de 90 %. Dans une perspective de maîtrise des coûts budgétaire au niveau du système de santé et des services sociaux, il faudrait impérativement agir sur la rémunération des médecins (Palangié et Proulx, 2012).

budget malgré les responsabilités croissantes qu'ils leur sont dédiées. Les besoins d'aide et de soutien social sont reconnus peu prioritaires, si l'on se fie à la distribution actuelle. On ne peut passer sous silence les propos du ministre des Finances, Carlos Leitaó, soulevant la question des services publics et s'il incombait à l'État de livrer les services. Selon le ministre, peu importe la provenance, pourvu que le service soit livré...! (Ouellet, 2014). Des recherches démontrent pourtant que les services privés sont souvent de moins bonnes qualités : « Nous avons des preuves nettes indiquant que le financement public est plus désirable que le financement privé. Là-dessus, la robustesse des preuves est de l'ordre de l'indiscutable [...]. Plus c'est privé, moins c'est désirable socialement et moins c'est efficace. » (Contandriopoulos cité par Nadeau, 2011). Pourtant, avec la désinstitutionnalisation et les orientations prises telles que le virage ambulatoire et le maintien à domicile, ces services sont essentiels. La réflexion sur la santé, la finalité des soins de santé, et la qualité de vie devraient être remises à l'agenda. Les réformes prétendent à la nouvelle gestion publique comme moyen pour faire face à la crise actuelle, mais les réformes n'appellent en rien à des remises en question qui pourraient véritablement soutenir les citoyens. Au contraire, jusqu'à présent, elle a su créer deux catégories de citoyens : ceux en possibilité de défrayer pour des services privés et les autres... sur la liste d'attente.

BIBLIOGRAPHIE

Alary, J. (1999). « Quelques enjeux de la pratique et de la formation en service social », *Intervention*, 110, p.10-20.

Amadio, N. (2009). Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales [en ligne : http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf], consulté], Consulté le 15 décembre 2013.

April, P. « Le réseau de la santé fait peu de cas des droits humains, », *La Presse*, 9 avril 1998, p. B1.

Association canadienne des travailleurs sociaux (ACFTS) (s.d.) Le travail social, qu'est-ce que c'est?, [en ligne : <http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-quest-ce-que-cest>], Consulté le 5 octobre 2014.

Association international des Écoles de travail social (2014). Définition du travail social, [en ligne: http://www.iassw-aiets.org/uploads/file/20141008_SW%20definition-French.pdf], consulté le 2 octobre 2014.

Aucoin, P. (1990). Administrative Reform in Public Management. Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums”, *Governance: an International Journal of Policy and Administration*, 3(2) p.115-137.

Aucoin, P., (1995). « New Public Management : Canada in Comparative Perspective », Montréal : IRPP.

APTS (2014). Optimiser, pressuriser ou améliorer. L'impact des nouvelles méthodes de gestion, [en ligne : https://www.aptsq.com/AxisDocument.aspx?id=9657&langue=fr&download=true&document=Optimisation_doc_info-Annexe_PP_F.pdf], consulté le 22 août 2014.

AFEAS (2000). Le virage ambulatoire : Question de santé pour le réseau ou maladie « iatrogénique » pour la clientèle. Mémoire présenté dans le cadre de la Commission Clair, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [en ligne : http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2003_03_0475.pdf], consulté le 15 septembre 2014.

Aizicovici, F. (2009, 9 septembre). Le suicide au travail est le plus souvent lié à une transformation de l'organisation, *LE MONDE*, [en ligne : http://www.lemonde.fr/economie/article/2009/09/17/le-suicide-au-travail-est-le-plus-souvent-lie-a-une-transformation-de-l-organisation_1228234_3234.html], consulté le 5 septembre 2014.

Barnard, C. I. (1938). *The functions of the executive*. Cambridge : Harvard University Press.

Beauséjour, D. (2002). « L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique », *Intervention*, 117, p. 35-43.

Béland D. and Cox R. H. (eds) (2011). *Ideas and Politics in Social Science Research*, New York : Oxford University Press.

Belanger, J.-P. (1992). « De la Commission Castonguay à la Commission Rochon. Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec », *Service social*, 41 (2), p.49-70.

Bellanger, M. M. et P. R. Mossé. (2005). «The Search for the Holy Grail: Combining

Decentralized Planning and Contracting Mechanisms in the French Health System», *Health Economics*, 14, p.119-132.

Bellot C., Bresson, M. et Jetté, C. (Dir, 2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec. Presses de l'Université Laval.

Bentayeb N. et Goyette M. (2013). « Évacuer l'action sociale dans le cadre des exigences de la Loi sur l'administration publique », dans C. Bellot, M. Bresson et C. Jetté, C (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, p.59-71. Québec : Presses de l'Université Laval.

Bergeron, P. et Gagnon, F. (2003). « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, p. 7-34. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bernier, L. et S. Angers (2010). « Le NMP ou le nouveau management public », dans S. Paquin, L. Bernier et G. Lachapelle (dir.), *L'analyse des politiques publiques*, p. 229- 254. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Blank, R. H. et V. Burau. (2004). *Comparative Health Policy*. New York : Palgrave Macmillan.

Boivin, R. (1988). *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988)*. Montréal : VLB éditeur.

Bolduc, F. (2014). *Impacts de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail* (Thèse de doctorat en sociologie). Université de Montréal.

Bolduc, F. et Baril-Gingras, G. (2010). « Les conditions d'exercice des cadres de premier niveau : une étude de cas », *PISTES*, 12 (3), 21 pages.

Bolduc, F. (2014). « L'évolution de la représentation qu'ont les gestionnaires de santé de leur travail : les impacts de la réforme québécoise de 2003 », *Gestion et management public*, 2(4), p. 5-20.

Bonoli G. et Natali, D. (2012). *The Politics of the New Welfare State*. Oxford : Oxford University Press.

Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Paris : Dunod.

Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (2007). *Apprendre de son expérience*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Bourque D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. avec la coll. de Tremblay, S et Lemieux, F. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*, Rapport de recherche, Cahier no. 1004, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.

Bourque, D. (2009a). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec, *colloque européen (CEFUTS). Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse 2, 2009, Cahiers de recherche 0907, Chaire de recherche du Canada.

Bourque, D. (2009b). « La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales », *Intervention*, 131, p.161-171.

Bourque, D. (1988). « La mise au pas tranquille des CLSC », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 1(1), p. 43-58.

Bourque M. et Quesnel-Vallée A. (2014). « Intégrer les soins de santé au Québec. La réforme Couillard de 2003 », *Observatoire des réformes en santé*, 2(1) [en ligne : <https://escarpmentpress.org/hro-ors/issue/view/136>].

Bourque, M. et Farrah, J.S. (2012). « Analysing health system reforms through Roemer's typology », *Gouvernance*, 9(1) [en ligne : http://www.revuegouvernance.ca/index.php?lang_id=2]

Bourque M. et Leruste, G. (2010). « La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1980 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel? », *Politique et sociétés*, 29 (3), p.105-129.

Bourque M (2007). « Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du

Royaume-Uni », *Revue Gouvernance*, 4 (1), [en ligne : <http://www.revuegouvernance.ca>], consulté le 13 mai 2013.

Brun, J.P., Biron, C. et Ivers, H. (2007). Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail, Rapport R-514, Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [en ligne : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-514.pdf>], consulté le 28 novembre 2014.

Brunet, J. (1987). Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., et Maglio, A. T. (2005). Fifty years of the Critical Incident Technique: 1954–2004 and beyond, *Qualitative Research*, 5, p. 475-497

Carey-Bélangier, Éline. (1985). La Commission Rochon : enjeux pour le service social, les services sociaux et la société, *Service social*, 34, (2-3) : 202-205.

Carrier, S. (2012/2013) Les pratiques de gestion de cas, en contexte de réseaux des services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie à domicile au Québec, domicilicentrisme innovant ou hospitalocentrisme renouvelé? *Revue canadienne de politique social/Canadian Review of Social Policy*, 68/69, p.75-89.

CETS (CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ) (1996). Exploration et détermination des priorités d'évaluation dans les services ambulatoires, Montréal, 90 p.

Charest, R. et Rhéaume, J. (2008). « L'action syndicale à la croisée des chemins, L'action syndicale aujourd'hui », *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (2) : 24-36

Chauvière, M. (2007). *Trop de gestion tue le social, Essai sur une discrète chalandisation*. Paris : Éditions La Découverte.

Chauvière, M. (2006). Que reste-t-il de la ligne jaune entre l'utilisateur et le client? 15e colloque international de la revue *Politiques et management public*, L'action publique au risque du client? « Client-centrisme » et citoyenneté.

Chéronnet, H. et Gadéa, C. (2009). « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », dans D.

Demazière et C. Gadéa (dir.). *Sociologie des groupes professionnels, acquis récents et nouveaux défis*, p. 73-83. Paris ; Éditions La Découverte.

Chénard, J. et Grenier, J. (2012). « Concilier des logiques pour une pratique de sens », *Intervention*, 136, p. 18-29.

Chevallier J. (2008). *L'État post-moderne*. Paris : L.G.D.J. édition.

Cintas, C. (2007). « "Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend" : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2 (4), p, 213-231.

Clot, Y. et Litim, M. (2008). « Activité, santé et collectif de travail », *Pratiques psychologiques*, 14(1), p.101-114.

Coalition solidarité santé services-sociaux. Définition des services sociaux.
Document inédit

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport Rochon, Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux, Québec : Les Publications du Québec, 1988, 221p.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [ou Commission Clair] (2000). Les solutions émergentes. Rapport et recommandations, Québec, Gouvernement du Québec, décembre, 411 pages.
[en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>], consulté le 20 mai 2014.

Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., Breton, M. (2014). Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n° 10 et des avenues d'intervention souhaitables, Mémoire sur le projet de Loi No.10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 22 pages.

Côté, D. (2002). « Le virage ambulatoire : vers l'humanisation des services? » dans G. Pérodeau et D. Côté (dir.), *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*, p.11-32. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.

Couturier, Y., Gagnon, D., et Belzile, L. (2013). « La gestion de cas comme analyseur des paradoxes de la nouvelle gestion publique », dans C. Bellot, M. Bresson, M. et C. Jetté (dir.). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, p.105-117, Québec : Presses de l'Université Laval.

Couturier, Y. et Carrier, S. (2003). « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent », *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), p. 68-79.

Creswell, LW. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks : Sage.

CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être) (2011). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011, Québec.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS, Rapport (no R05-05), Montréal : GRIS Université de Montréal.

David, F., en collaboration avec Guay, L. et Lamontagne, L. (1991). La réforme Lavoie-Roux-Côté entre la vertu et la pratique...tout un océan d'incertitudes : Document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux, Lamoureux, J. (dir.), Montréal : L'R des centres de femmes du Québec et Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

Dejours, C. (2006). « Aliénation et clinique au travail », *Actuel Marx*, 39, p.123-144.

Demers, L., Dumas, A. et Bégin, C. (1999) « La gestion des établissements de santé au Québec », dans *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*, C. Bégin, P. Gerlier Forest et V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, p.195-228, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 195-228.

Desrosiers, G. et Gaumer, B. (2004). « Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10 (1), p. 8-20.

De Gaulejac, V. (2010). « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22 (2), p. 83-98.

De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.

Dent, M. (2005). « Post New Public Management in Public Sector Hospitals? The UK, Germany and Italy », *Policy & Politics*, 33 (4), p. 623-636

Demazière, D., Lessard, C. et Morrissette, J. (2013). « Les effets de la Nouvelle Gestion Publique sur le travail des professionnels : transpositions, variations ambivalences », *Éducation et sociétés*, 32 (2), p. 5-20.

Denis, J.L. et Dubois, C.A. (2001). De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair: Le façonnement de l'imputabilité dans les commissions publiques. Chaire de recherche sur la gouverne et les transformations des systèmes de santé GETOS.

Denis, J.-L. et Dubois, C-A. (1991). De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair. Le façonnement socio-historique de l'imputabilité, [en ligne :

<http://www.getoss.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachme>

[nts/189/De%20la%20commission%20castonguay-Nepveu%20C3%A0%20la%20commission%20Clair.pdf](#)], consulté le 5 mai 2014.

Deslauriers, J.-P. et Hurtibise, Y. (2000) *Introduction au travail social*, Québec: PUL

Deslauriers, J.-P. (1991). Quelques enjeux de la réforme Côté, *Nouvelles pratiques sociales*, 4(1), p. 1-7.

Diefenbach, T. (2009). «New Public Management in public sector organizations: the dark side of managerialist enlightenment », *Public Administration*, 87 (4), p. 892-909.

Dierckx, C. (2010). «Les référentiels du social : raison instrumentale et horizon des sens », *Les politiques sociales*, 1-2, p. 27-42.

Divay, S. et Gadea, C. (2008). «Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, 128, p. 677-687.

Dorvil, H., Guttman, H. et Cardinal, C. (1997). Annexe 1, 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996, Gouvernement du Québec. Dorvil, H. et Guttman, H. [en ligne : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46bec85256753004b0df7/\\$FILE/97_155a1.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46bec85256753004b0df7/$FILE/97_155a1.pdf).], consulté le 5 mai 2012.

Dostaler G. (2001). *Le libéralisme de Hayek*, Paria, La Découverte, 128p.

Dubet F. (2010). *Les places et les chances*. Paris : Seuil

Dubuc, A. (2014, 14 août). Le salaire des médecins, *Lapresse.ca*, [en ligne : <http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/alain-dubuc/201409/12/01-4799732-le-salaire-des-medecins.php>], consulté le 27 août 2014.

Dufour, P., Boismenu, G. et Noël, A. (2003). *L'aide au conditionnel: la contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Montréal et Bruxelles : Presses de l'Université de Montréal et P.I.E - Peter Lang.

Favreau, L. (2000). « Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession », *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (1), p. 27-47.

Fast, J., Williamson, D., et Keating, N. (1999). The hidden costs of informal elder care, *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3), p. 301-326.

Ferragina, E, et M, Seeleib-Kaiser (2011). «Thematic Review: Welfare Regime Debate: Past, Present, Futures? », *Policy & Politics*, 39 (4) p, 583-61.

Fortin, P. (1995). *La morale, l'éthique et l'éthicologie, une triple façon d'aborder les questions d'ordre moral*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Franssen, A. (2008). « De la critique de l'activation à la démocratisation de l'action sociale », *Politique*, 9, p. 70-83,

Franssen, A. (2003). « Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale », *La Revue Nouvelle*, 12, p.10-51.

Gadéa, C. (2011). « Cadres de santé, le maillon indispensable du New public management? », dans P. Bouffartigue, C. Gaéda et S. Pochic (dir.). *Cadres, classes moyennes, vers l'éclatement?* Paris : Armand Colin.

Gagnon, S. et Gauthier, D. (2000) La loi sur la protection de la jeunesse... déjà 20 ans! *Revue Défi jeunesse*, VI: 3. En ligne : http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_0006/chronique.htm

Gaumer, B. et Desrosiers, G. (2004). «L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), p. 52-70.

Gaumer, B. et Fleury, M.-L. (2007). «La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique», dans M.J.Fleury, M. Tremblay, N. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec, Gouvernance, régulation et participation*, p.3-22, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Gaumer, B. (2008). *Le système de santé et des services sociaux au Québec, Une histoire récente et tourmentée: 1921-2006*, Québec : Presses de l'Université Laval.

Giauque, D. (2010). Abattre la bureaucratie pour mieux la renouveler. *Les politiques sociales*, 1-2, p. 57-68.

Giroux, M., Rocher, G. et Lajoie, A. (1999). « L'émergence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 : une chronologie des événements », *Revue juridique Thémis*, 33(3), p. 659-695.

Gonin, A. et Jouthe, E. (2013). « Éthique et travail social enjeux, concepts et aspects méthodologiques », dans E. Harper et H. Dorvil (dir.), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques*, p, 69-88, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gonin, A., Grenier, J. et Lapierre J.-A. (2013). « La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux », *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), p. 85-110.

Gonin, A., Grenier, J., Lapierre, J.-A. (2012). « Impasses éthiques des politiques sociales d'activation », *Nouvelles pratiques sociales*, 25(1), p.166-186.

Grenier, J. (2012). Regards d'aînés : justice, autonomie et responsabilité partagée (Thèse de doctorat). Université de Montréal. [En ligne : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/6874/4/Grenier Josee 2011 these.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/6874/4/Grenier_Josee_2011_these.pdf)], consulté le 3 mai 2013

Grenier, J. et Chénard, J. (2009). L'éthique: une réponse à la pratique et un revers au post- providentialiste, communication présentée dans le cadre du 3^e Congrès international de l'Association pour la formation, la recherche et l'intervention sociale, le 22 avril, Hammamet : Tunisie.

Groulx, L. (1993). Analyse socio-historiques du service social au Québec : Points de vue en présence, *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 11(2), p. 201-213.

Guay, J.H. (s.d.) Assermentation de Jean Rochon au poste de ministre de la Santé [en ligne : <http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/3662.html>], consulté le 5 décembre 2014.

Hache, E. (2007). « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale? », *Raisons politiques*, 4 (28), p. 49-65.

Hacker, J. S. (2006). *The Great Risk Shift*, New York: Oxford University Press.

Hall, P. (1993). « Policy Paradigm, Social Learning and the State », *Comparative Politics*, 25(3), p. 275-296.

Inglehart, J. K. (1993). « Managed Competition », *The New England Journal of Medicine*, 238(16), p. 1208-1212.

Janvier, R. (2007). « L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », dans B. Bouquet, M. Jaeger et I. Sainsaulieu (dir.) *Les défis de l'évaluation*, p. 133-152, Paris : Dunod.

Jenson J. (1994). « Commissioning Ideas: Representation and Royal Commissions », Susan D. Phillips (dir). *How Ottawa Spends*, Ottawa, Presses de l'Université Carleton, p.25-40.

Jessop B. (1993). « Towards a Schumpeterian Welfare State? », *Studies in Political Economy*, 40, p.7-39.

Jetté, C. et M. Goyette. (2010). « Pratiques sociales et pratiques managériales. Des convergences possibles? », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22(2), p. 25-34.

Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lalande, C. (1986). *Éléments de réflexion sur certains modèles de regroupement institutionnel*. FCLSCQ, Montréal.

Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*, Sainte-Foy. Québec : Les Presses de l'Université du Québec. Lalonde, C. (1986). *Éléments de réflexion sur certains modèles de regroupement institutionnel*, Montréal : FCLSCQ.

Larivière, C. (2013). « Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public ? », *Intervention*, 136, p.30-40.

Larivière C. (2007). « La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation », dans É.

Baillergeau et C. Bellot (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?* p. 53-69, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Larivière, C. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Montréal, Rapport de recherche réalisé par le Comité de la pratique professionnelle concernant les réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ. [en ligne : <https://www.otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-4-final.pdf?sfvrsn=0>], consulté le 9 novembre 2014.

Larivière, C. (2008). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Rapport du Projet de recherche réalisé par le Comité de la pratique concernant les réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ, [en ligne : <http://www.otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-2-final.pdf?sfvrsn=0>], consulté le 9 novembre 2014.

Larivière. C. (s.d.) Besoins exprimés et réponses institutionnelles, [en ligne : http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv1762_32.pdf], consulté le 20 septembre 2014.

Lavoie J-P, Guberman N. (2007). « Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités : Quel partage de responsabilité entre les familles et l'État », *Informations sociales*, 143, p. 76-86.

Le Bossé, Y. (2011). *Champs d'application et finalités des pratiques en sciences de l'orientation : un point de vue psychosociologique*. Québec : Éditions ARDIS.

Le Galès, P. et Lascoume, P. (2007). *Sociologie de l'action publique*, Paris : Collin.

Leclerc, C. Bourassa, B et Filteau, O. (2010). « Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles », *Éducation et francophonie*, 38(1), printemps, 1, p.1-32.

Lesemann, E. (1981). *Du pain et des services : la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal : Éditions Albert Saint-Martin.

Lessard, D. (2010, 23 janvier) « Mises à la retraite massives : l'objectif de l'État a-t-il été atteint? » Lapresse.ca, [en ligne : <http://www.lapresse.ca/actualites/dossiers/lapresse-est-a-vous/2010/23/01-4335428-mises-a-la-retraite-massives-lobjectif-de-letat-a-t-il-ete-atteint.php>], consulté le 20 septembre 2014.

Lévesque J. et R. Mayer, 1994. « L'État-Providence à bout de souffle », *Intervention*, 98, p.32- 41

Loi sur l'administration publique (2014). A-6.0, [en ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_6_01/A6_01.html], consulté le 5 septembre 2014.

Lonne, B., McDonald, C, et T. Fox (2004). « Ethical Practice in the Contemporary Human Services », *Journal of Social Work*, 4(3), p, 345-367.

Maslach, C, et Leiter, M.P. (2008). « Early Predictors of Job Burnout and Engagement », *Journal of Applied Psychology*, 93(3), p. 498-512.

Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville : Gaétan Morin

Mayer, R. et Groulx, L. (1987). *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*. Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

McLaughlin, k. (2010). « Control and social work: A Reflection on Some Twenty-First Century Developments », *Practice: Social Work in Action*, 22 (3), p.143-154.

McRoberts, K. et Posgate, D. (1983). *Développement et modernisation du Québec*, Montréal : Boréal Express.

Meagher, G. et Parton, N. (2004). « Modernising Social Work and the Ethics of Care », *Social Work & Society*, 2 (1), p.10-27,

Meagher, G, et Healy, K. (2003). « Caring, Controlling, Contracting, and Counting : Governments and Nonprofits in Community Services », *Australian Journal of Public Administration*, 62 (3), p.40-51.

Meier, K.J. et O'Toole, L.J. Jr. (2009). «Management Lessons From an Evidence-Based Research Agenda», *The American review of Public administration*, 39(1), p. 4-22. [en ligne : <http://arp.sagepub.com/content/39/1/4.full.pdf+html>], consulté le 7 novembre 2014.

Merrien, F.-X. (1999). « La Nouvelle Gestion Publique: un concept mythique », *Lien social et Politiques*, 4, p. 95-103.

Ministère des Finances. (2010). Budget 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé. Québec : Gouvernement du Québec [en ligne : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>], consulté le 3 novembre 2014.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, [en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-04W.pdf>], Consulté le 12 octobre 2014.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux du programme services – services généraux – activités cliniques et d'aide, Programme services, services généraux, activités cliniques et d'aide*, Québec : Gouvernement du Québec, 67 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-803-01F.pdf>], Consulté le 8 décembre 2014.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). Comptes de la santé 2009-2010 à 2011-2012, Québec : Gouvernement du Québec [en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>], consulté le 3 novembre 2014.

MSSS -Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC, [en ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/CN_I-CLSC_01-04-2009.pdf], consulté le 9 septembre 2014.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, [en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-06.pdf>], consulté le 11 octobre 2014.

MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes services et les programmes-soutien [en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>], consulté le 3 mai 2013.

MSSS – (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2005). Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf>], Consulté le 30 mai 2013.

MSSS – (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2001). Rapport du comité provincial d'assurance-salaire, [en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-514-06.pdf>], consulté le 2 octobre 2014.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) [1998] la politique de la santé et du bien-être [en ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf], consulté le 3 février 2013.

MSSS – (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (1990). Une réforme axée sur le citoyen, Québec : Québec [En ligne : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020690.pdf>], consulté le 4 janvier 2013.

MSSS – (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (1989). Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations. Québec : Québec. [En ligne : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000020781.pdf>], consulté le 20 juin 2013.

Morel, N., Palier, B. et Palme, J. (eds.) (2012). *Towards a social investment welfare state? Ideas, Policies, Challenges*. Bristol: Policy Press.

Morel, S (2002). *Modèle du workfare ou modèle de l'insertion? La transformation de l'assistance sociale au Canada et au Québec, Rapport de recherche pour Condition Féminine Canada*, Ottawa : Direction de la recherche, Condition féminine Canada.

Muller P. (2005). «Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique : structures, acteurs et cadres cognitifs», *Revue française de science politique*, 55(1), p. 155-187.

Muller P (2000). «L'analyse cognitive des politiques publiques, vers une sociologie politique de l'action publique», *Revue française de science politique*, 50(2), p. 189-208.

Nadeau, J. (2011, 1^{er} octobre) Privatisation des soins — Pourquoi payer plus pour en avoir moins? Le Devoir.com, [en ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/332710/privatisation-des-soins-pourquoi-payer-plus-pour-en-avoir-moins>], consulté le 3 novembre 2014.

Noreau, P. (2008). «Action publique et gouvernance contractuelle : le cas des politiques de santé au Québec», dans P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux et G. Rocher (dir.), *Les réformes en santé et en justice*, p, 203-233. Québec : Presses de l'Université Laval.

OPTSTCFQ (s.d.) Nos profession [en ligne : <http://www.otstcfq.org/nos-professions>], consulté le 8 septembre 2014.

Organisation mondiale de la santé (1981). Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 [en ligne : http://cms.unige.ch/isdd/IMG/pdf/strategie_mondiale_la_sante_pour_tous_en_l_an_2000.pdf], Consulté le 3 septembre 2014.

Ouellet, M. (2014, 28 octobre). Québec examine la possibilité de sous-traiter des services publics [en ligne : <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/201410/28/01-4813581-quebec-examine-la-possibilite-de-sous-traiter-des-services-publics.php>], consulté le 28 octobre 2014.

Palangié, A et Proulx, S. (2012, août). Gagner moins pour sauver le système, [en ligne : <http://santeinc.com/2012/08/remuneration-des-medecins/>], consulté le 3 novembre 2014.

Parazelli, M. et Dessurault, S. (2010). Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité, *Les politiques sociales*, 1-2, p.13-26.

Peck J. (2001). *Workfare states*, New York : Guilford.

Pelchat, M. avec la collaboration de Saint-Georges, C., Benoît, J. et Cyr, C. (2008). Repères historiques du système de santé et de services sociaux au Québec [en ligne: <http://ccpsc.qc.ca/sites/ccpsc.qc.ca/files/Rep%C3%A8res%20historiques%20du%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20et%20de%20services%20sociaux%20au%20Qu%C3%A9bec.pdf>], Consulté le 15 octobre 2013], Consulté le 3 janvier 2013.

Pelchat, Y., Malenfant, R., Côté, N. et Bradette, J. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*, Rapport de recherche. Québec : RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, centre affilié universitaire.

- Petitclerc, M. (2012). « La construction du problème social de la maladie dans le Québec des années 1930 », dans *Qu'est-ce qu'un problème social?* M. Otero et S. Roy (dir.), p. 229-248, Montréal : Presses de l'Université du Québec.
[En ligne : https://www.academia.edu/4522429/La_construction_du_probl%C3%A8me_social_de_la_maladie_dans_le_Qu%C3%A9bec_des_ann%C3%A9es_1930], consulté le 3 novembre 2014.
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: History, Institutions and social analysis*. Princeton : Princeton University Press.
- Piney, C., Nascimento, A., Gaudart, C., Koff, S. (2013). *Entre indicateurs et travail réel : l'expérience de l'encadrement de proximité dans un service public*. Congrès d'ergonomie de la langue française, Paris.
- Piron, F. (2003). « La production de l'indifférence dans le Nouveau management public », *Anthropologie et Sociétés*, 27(3), p.47-71.
- Pollitt, C. et Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford : Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2006). « Is the Emperor In His Underwear ? An analysis of the impacts of public management reform, Public Management: An International Comparison », *Journal of Research and Theory*, 2 (2), p. 181-200.
- Portier, L (2010). « La modernisation de l'État québécois, La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22(2), p, 35-50.
- Projet de loi 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2014, 25 septembre). 41^e législature, 1^{ère} session, [en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>], consulté le 10 novembre 2014.
- Prud'homme, J. (2011). Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Racine, G. (2007). De la production du silence aux invitations à l'échange de savoirs, dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, Tome IV : Théories et méthodologies de l'intervention sociale*, p.17-43. Québec, Presses de l'Université du Québec,
- Ravon, B. « Souci du social et action publique sur mesure », *SociologieS, Théories et recherches* [en ligne : <http://sociologies.revues.org/2713>] consulté le 11 décembre 2014.

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 – ROC-03 (1997). Le pelletage des établissements publics... Les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!, Mémoire sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de Québec.

Regroupement des unités de formation universitaire en travail social (RUFUTS). (1993). Les orientations de la formation en travail social au Québec. Rapport final. Groupe de travail sur les orientations de la formation universitaire en travail social [en ligne : <http://www.unites.uqam.ca/rufuts/Les%20Orientations%20de%20la%20formation%20en%20travail%20social%20au%20Qu%20E9bec.pdf>], consulté le 12 octobre 2012.], Consulté le 2 novembre 2014.

Renaud, G. (1990) Travail social, crise de la modernité et postmodernité. *Revue canadienne de service social*, 7(1), p. 27-48.

Renaud, M. (1977) « Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé », *Sociologie et sociétés*, 9 (1), p. 127-152.

Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., Tremblay, M. (2007). « Fusion des établissements en santé et services sociaux : recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts », *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), p.151-164.

Richard S. (2014). L'impact des normativités organisationnelles et professionnelles sur la santé psychique des travailleurs sociaux : enjeux pour la pratique du travail social (Thèse de doctorat). Université Laurentienne.

Richard, S. et Mbonimpa, M. (2013). « La souffrance psychique et morale au travail-Enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), p.10-24.

Richard, S. (2013). « L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique » *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), p, 111-139.

Richard, S. (2013). « Mesures et indicateurs de la performance en travail social: l'impossible évaluation des pratiques professionnelles : entrevue avec Vincent Meyer », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19 (2), p, 26-42.

Rouillard, C. et M. Bourque (2011). « Gouvernance, managérialisme et mesure de la performance: la réforme du secteur de la santé et des services sociaux au Québec », dans C. Rouillard et N. Burlone (dir.), *L'État et la société civile sous le joug de la gouvernance*, p, 27-51. Québec : Presses de l'Université Laval.

Rouillard, C., Montpetit, É., Fortier, I. et Gagnon, A.G. (2008). *La réingénierie de l'État, Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*, Québec : Presses de l'Université Laval.

Rousseau, L. et Cazale, L. (2007). « Réforme ou évolution? Contexte, enjeux et opinions de praticiens », dans M.J. Fleury, M. Tremblay, N. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Gouverne et régulation des services de santé et services sociaux au Québec*, p. 23-37, Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Roy, J. « L'illusion de la structurite » *Le Devoir*, 26 novembre 2003, p. A7.

Sabatier, P. A. (2007). *Theories of the policy process*, (2ème édition). Boulder : Westview Press.

Sasseville, N., Montambault, P., Bagirishya, H., Grantham, É et coll. (2011) Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec, Rapport d'évaluation [en ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/rapport-1re-ligne-fr.pdf?sfvrsn=2>], consulté le 2 octobre 2014.

Schon, D. (1998). « À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique en éducation des adultes », dans Jean-Marie Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, p. 201-222. Paris : Presses Universitaires de France.

Skalen, P. (2004). «New Public management reform and the construction of organizational identities», *International Journal of Public Sector Management*, 17 (3), p. 251-263.

Soares, A. (2010). La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Abundisic/Montréal-Nord, La santé malade de la gestion, Rapport de recherche. [en ligne : http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2010-03-23_la-sante-malade-de-gestion_etude-soares_aptcs-csn-fiq_csssamn.pdf], consulté le 12 février 2013.

Soulet, M.-H. (2005). « Une solidarité de responsabilisation? » [en ligne : <http://home.iscteul.pt/~apad/justica01/textos/politicas%20sociais/Texte%20Io n%20la%20Decouverte.pdf>], Consulté le 10 décembre 2012.

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (MSSS) (1993). *Nouvelles pratiques sociales*, 6 (2), p. 169-178.

Tremblay, M. (1996). Virage ambulatoire à Québec : équilibre en tête. Santé mentale au Québec, 21(1), p. 97-109.

Trottier, S. (1991). « La réforme Coté et les organismes communautaires », *Nouvelles pratiques sociales*, 4 (1), p. 142-147.

Turgeon, J., Anctil, H. et Gauthier, J. (2010). « L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture? » (4^e édition), dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, p. 93-117. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Turgeon, J. et Demers, L. (2008). « Une innovation locale dans le domaine des services sociaux et de santé au Québec », dans B. Enjoiras (éd.). *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de santé*, p. 65-80, Vienne : Peter Lang.

Vaillancourt, Y. (2011). Le modèle québécois de politique sociale, hier et aujourd'hui, UQAM : CAHIERS DU LAREPPS, [en ligne : http://www.larepps.uqam.ca/page/document/pdf_transversal/cahier_11-09.pdf]. Consulté le 5 décembre 2014.

Vaillancourt, Y. (2000). « Le rapport Clair... et la mondialisation », *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (2), p. 1-13.

Vaillancourt, Y. (1988). Pour des pratiques sociales nouvelles, *Nouvelles pratiques sociales*, 1(1), p. 1-12.

Van Parijs, P. (1993). « Fédéraliser la sécurité sociale; Solidarité et responsabilité un conflit insurmontable ». *La revue Nouvelle*, 11, p.58-64.

Verhoeven, M. (2002). « Le champ de l'intervention sociale face aux mutations normatives », L'État social actif, un concept libéral pour un social à la marge? Actes de la journée d'étude (Liège, 19 septembre 2002). P. 6-15, [en ligne : <http://www.fdss.be/uploads/EtatSocialActif/EtatSocialActif.pdf>]. Consulté le 14 mai 2014.

Vézina, M. et Saint-Arnaud, L. (2011). « L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant », *Travailler*, 1 (25), p.119-128.

White, D. (1993). « Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec », *Sociologie et sociétés*, 25(1), p. 77-97. [En ligne : http://classiques.uqac.ca/contemporains/white_deena/processus_reforme/processus_reforme.html], consulté le 2 février 2013.

Worrall, L., Cooper, C.L. et Campbell-Jamison, F. (2000). « The Impact of Organizational Change on the Work Experiences and Perceptions of Public Sector Managers », *Personnel Review*, 29 (5), p. 613-636.

Zittoun P. (2013). *La fabrique des politiques publiques*. Paris, Les Presses SciencesPo.

LES ANNEXES :

ANNEXE 1 : LES PARTIS AU POUVOIR DE 1970 À NOS JOUR

Années	Partis au pouvoir	Premier/Première Ministre	Ministre de la santé
1970-1976	Parti Libéral	Robert Bourassa	Robert Quenneville
1976-1985	Parti Québécois	René Lévesque	Denis Lazure
1985	Parti Québécois	Pierre-Marc Johnson	Guy Chevrette
1985-1994	Parti Libéral	Robert Bourassa	Thérèse Lavoie-Roux (Commission Rochon)
1989-1994	Parti Libéral		Marc-Yvan Côté
1994	Parti Libéral	Daniel Johnson fils	Lucienne Robillard
1994-1998	Parti Québécois	Jacques Parizeau	Jean Rochon
1998-2001	Partie Québécois	Lucien Bouchard	Pauline Marois
2001-2002	Partie Québécois	Bernard Landry	Rémy Trudel
Remaniement 2002	Partie Québécois		François Legault
2003-2012	Parti Libéral	Jean Charest	Philippe Couillard
2008 démission P. Couillard	Partie Libéral		Yves Bolduc
2012-2014	Parti Québécois	Pauline Marois	Réjean Hébert
2014	Partie Libéral	Philippe Couillard	Gaétan Barette

ANNEXE 2 : CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE ET IMPACTS POUR LA PRATIQUE DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

Contexte	Services sociaux	État des services et financement	Contexte Sociopolitique
Fin de la décennie 50	<p>Services sociaux présentent des défaillances institutionnelles ;</p> <p>Services sociaux confiés à l'Église, aux familles, aux individus et aux organismes de bienfaisance ;</p>	<p>Financements gouvernementaux, campagnes de charité et revenus de paroisses.</p>	<p>Déficit démocratique;</p> <p>Révolution tranquille à l'ordre du jour, mais non présente.</p>
Décennie 60	<p>Travail social intimement soudé au développement de l'État-providence</p> <p>Jeunes professionnels instaurent de nombreux changements.</p> <p>Syndicalisation</p> <p>Corporation des travailleurs sociaux</p>	<p>État de plus en plus interventionniste</p> <p>Gratuité de certains services</p> <p>L'État met en place des mesures pour soutenir les particuliers :</p> <p>Sécurité sociale, Loi sur les accidents du travail, Loi sur l'assistance médicale, allocations familiales.</p>	<p>Fin de la grande Noirceur – début de la Révolution tranquille;</p> <p>Rapport Boucher (1963) : réflexion sur la mise en place d'un réseau public élargie.</p>
Décennie 70	<p>Mise en place de grands services publics;</p> <p>Essentiellement, la Loi 65 confère une identité institutionnelle au réseau de la santé et des services sociaux selon deux principes découlant de la Révolution tranquille ;</p> <p>Projets sociaux novateurs mis en place ;</p>	<p>Financement de l'État par le biais des contributions fiscales;</p> <p>Solidarité sociale;</p> <p>Gratuité, universalité et équité;</p>	<p>Croissance économique</p> <p>Configuration de l'État-providence via ses politiques publiques</p> <p>Mouvements sociaux plus étatiques</p>

Décennie 80	<p>Premier scénario de privatisation partielle ;</p> <p>Communautarisation ;</p> <p>Appauvrissement des communautés locales</p> <p>Recherche de solutions nouvelles ;</p> <p>Le travail social est confronté à la question de la pauvreté devenue exclusion ;</p> <p>Le travail social vit de nouveaux déplacements de ses modes d'intervention, lieux d'exercice, champs d'intervention prioritaires, etc.</p>	<p>L'État réaffirme l'importance de la gratuité des services et des soins, mais sans investissement d'argent – fusion de territoires et d'établissements ;</p> <p>Resserrement de la production des services collectifs ;</p> <p>Détérioration des services sociaux : liste d'attente, accès de plus en plus difficile à certains services ;</p> <p>Critères d'accès à certains programmes sociaux de plus en plus restrictifs.</p>	<p>Crise économique ;</p> <p>Période de crise de l'emploi ;</p> <p>Crise de l'État-providence</p> <p>Communautarisation ;</p> <p>Période « recherche de solutions ».</p>
Décennie 90	<p>Rationalisation des services amène une technocratisation et standardisation de la pratique ;</p> <p>Programmes de plus en plus ciblés vers certains groupes ;</p> <p>Autonomie des professionnels tend à se réduire avec la logique administrative</p>	<p>Gestion orientée sur la performance des établissements et des acteurs ;</p> <p>Établissements comparés ;</p> <p>L'État retire sa contribution de certains services – néolibéralisme ;</p> <p>Développement en parallèle de certains services privés (physiothérapie, psychologie, travail social, etc.).</p>	<p>Période de « mise en place de nouvelles mesures de gestion »</p>
Décennie 2000	<p>Interdisciplinarité, partenariat, collaboration mis de l'avant dans les relations</p>	<p>Fusion des établissements ;</p> <p>Décentralisation, mais exercice</p>	<p>Les idées néolibérales s'imposent de plus en plus.</p>

interprofessionnelles ;	d'un fort contrôle
Début de la mise en place de la gestion de cas – imputabilité des intervenant.e.s ;	par les agences auprès des établissements ;
Logique administrative de plus en plus forte amène un contrôle des pratiques professionnelles;	Responsabilité partagée remplace la solidarité sociale : la responsabilité repose
Critères de performance mis en place chez les professionnels – atteinte de résultats quantitatifs ;	principalement sur les individus, les familles et les communautés ;
Réorganisation des pratiques dans certains secteurs.	Les organismes communautaires sont de plus en plus interpellés pour mise en place de services destinés à la population. Privatisation s'impose de plus en plus ; citoyens doit déboursier de plus en plus. Création des réseaux locaux de services ;

Décennie 2010	<p>Contrôle des pratiques;</p> <p>La méthode Lean, projets d'optimisation des processus de travail découlant de la NGP, sont mis en place ;</p> <p>Désillusion et recherche de sens chez les intervenant.e.s sociaux;</p> <p>Tension entre les gestionnaires et les intervenant.e.s ;</p>	<p>Logique administrative maintien son pouvoir au sein des établissements</p> <p>Consolidation des fusions ;</p> <p>Inégalité apparaît de plus en plus dans l'accès à certains services ;</p> <p>Privatisation ;</p>	<p>Néolibéralisme.</p> <p>Remise en question de la contribution de l'État dans les services sociaux ;</p> <p>Projet de mégafusion en vue avec le projet de loi 10 – Priorité économique.</p>
----------------------	---	--	--

Recrutement des cadres
du réseau de plus en
plus difficile. social ;

Mouvement de
solidarisation apparaît
chez les intervenant.e.s

Glissement de plus
en plus marqué
d'une solidarité
sociale vers une
responsabilité
individuelle,
familiale et
communautaire.