Cahiers de Psychologie Politique

N° 36 | 2020
Politique de santé Janvier 2020

La réforme de la santé et des services sociaux au Québec durant les années 1970

Le territoire et l'approche communautaire fondement d'une réforme globale de la santé et de l'action sociale

Jean-Marie GOURVIL

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-36/1973-la-reforme-de-la-sante-et-des-services-sociaux-au-quebec-durant-les-annees-1970
DOI : numerev_1222
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 06/01/2020

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : GOURVIL, J.-M. (2020) La réforme de la santé et des services sociaux au Québec durant les années 1970. *Cahiers de Psychologie Politique*, (36).
https://doi.org/10.34745/numerev_1222

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

La loi « ma santé 2022 » ouvre des perspectives nouvelles en proposant une série d'axes de réforme notamment : la meilleure gestion de la demande de soins en amont des CHU, la participation des acteurs locaux à des projets de santé de territoire, la réformes des études des soignants. Dans cet article écrit en miroir de celui de Vincent Fouques Duparc nous allons présenter la Réforme mise en œuvre au Québec dans les années 1970 et son évolution au cours des décennies qui ont suivi.

Mots-clés :

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Jean-Marie Gourvil, franco-canadien, titulaire d'un Master en travail social communautaire de l'université de Montréal et d'un diplôme de sciences politiques de l'Université Laval. Il a été directeur des études à l'IRTS de Normandie/Caen et consultant en développement social local.

SOMMAIRE

Introduction

La réforme de la santé et des services sociaux au Québec : le territoire et la participation comme enjeux

Le contexte de la réforme québécoise des années 1970

Les points clés du projet de réorganisation des services de santé et des services sociaux des années 1970

La réforme réelle, la loi « 65 » de 1971

Que vient structurer la loi 65 ? Un nouveau ministère unique des Affaires sociales

La régionalisation

Les trois lignes de services, la création des Centres locaux de services communautaires

La seconde et la troisième ligne de services

L'application de la réforme : compromis entre participation territoriale et centralisation technocratique

La structuration du réseau de Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC)

La réforme et les économistes de la santé du Ministère des Affaires sociales

Ce qu'il reste de l'intervention communautaire

Conclusion : Les leçons pour la France

Introduction

Vincent Fouques Duparc présente dans un article de ce même numéro de la revue les politiques publiques en cours visant à réorganiser profondément le système de santé français. La loi « ma santé 2022 » ouvre des perspectives nouvelles en proposant une série d'axes de réforme notamment : la meilleure gestion de la demande de soins en amont des CHU, la participation des acteurs locaux à des projets de santé de territoire, la réformes des études des soignants. Dans cet article écrit en miroir de celui de Vincent Fouques Duparc nous allons présenter la Réforme mise en œuvre au Québec dans les années 1970 et son évolution au cours des décennies qui ont suivi.

La réforme des années 1970 mobilisait étonnamment, en grande partie, la même démarche, les mêmes thèmes que la réforme française actuelle. Cette mise en perspective nous permettra de valider les grandes intuitions de la réforme en cours en France, de prendre conscience que depuis de nombreuses années les intellectuels réfléchissant sur l'organisation de la santé au niveau international proposent une gestion décentralisée, territorialisée et participative de la santé, à l'opposé de notre gestion jacobine centralisée, conçut autour des CHU.

Cette comparaison nous permettra aussi de rester vigilant car si la réforme québécoise des années 1970 choisit un système décentralisatrisé et une gestion participative, les gouvernements successifs n'ont cessé d'introduire des modifications qui ont progressivement « trahit » les intuitions fondatrices des réformateurs. La Belle Province vit aujourd'hui avec un système qui s'est progressivement centralisé autour de méga-structures sanitaires, médico-sociales et sociales, il traverse les mêmes difficultés que notre système français. La France souhaite sortir de la centralisation jacobine et aller vers le territoire et la participation, le Québec a fait l'inverse, sorti de la paroisse, ayant

privilégié le territoire et la participation, le système de santé et de service social est aujourd'hui entre les mains des économistes de la santé qui regardent la Province du haut de leur ministère.

Malgré le décalage dans l'espace et dans le temps cette comparaison peut aider les acteurs locaux en France à se saisir de la proposition de territorialisation faite par le gouvernement français actuel et surtout leur permettre de ne pas se faire voler ultérieurement les bénéfices de l'expérience par une technocratie « d'avant-garde » qui après l'expérimentation d'une nouvelle territorialisation, serait tentée une fois encore, de recentraliser la gestion du système de soins et d'instaurer des procédures déconcentrées simplement « rénovées ».

La réforme de la santé et des services sociaux au Québec : le territoire et la participation comme enjeux

Le Québec conçut donc dans les années 1970 une réforme globale de l'organisation de la totalité des services de santé et des services sociaux en faisant de l'ancrage territorial et de la participation des acteurs locaux (citoyens et professionnels) le point clé de la réforme. La réforme québécoise visait l'ensemble de la santé, de l'aide sociale et des services sociaux et médico-sociaux, la réforme française actuelle n'est pas si large, mais de nombreux points de similitude apparaissent dans l'approche territoriale et la participation.

La réforme québécoise fut pilotée par un actuaire, Claude Castonguay qui présida d'abord une Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social dont le mandat allait de 1967à 19721. La commission souvent appelée commission Castonguay-Nepveu (noms du président et du vice-président de la commission) est dotée de gros moyens financiers, elle peut mener des recherches nationales et internationales et dispose d'un temps assez long pour penser une réforme en profondeur. Avant la fin des travaux de la commission Claude Castonguay est nommé de 1970 à 1973 ministre chargé de la mise en œuvre de la Réforme. La présentation des éléments majeurs de la réforme québécoise, des débats de l'époque et de son évolution progressive éclaire les débats français actuels. Il faut toutefois décrire le contexte dans lequel émerge cette réforme, moment politique fort, un peu similaire au lendemain de la Résistance en France qui a vue se structurer notre système de sécurité sociale.

Le contexte de la réforme québécoise

des années 1970

Jusqu'au début des années 1960 l'Etat québécois lié aux forces politiques conservatrices américaines et canadiennes est de taille réduite et bon nombre de problèmes sont gérés directement par les paroisses, les municipalités, les diocèses en dehors de toute politique publique. La santé et les services sociaux ne reçoivent qu'un financement marginal de l'Etat provincial. Le coût des prises en charges dans les établissements sont assurées par les familles et par la charité communautaire liée aux congrégations et aux paroisses. La pauvreté est grande, l'accès aux soins et à l'éducation sont réduits. Les populations vivant dans les régions éloignées des grandes villes sont souvent sans accès à bon nombre de services, les quartiers industrielles sont pauvres et sans accès aussi à de nombreux services2. En 1959 le premier ministre conservateur Maurice Duplessis décède. S'achève la période que les historiens québécois appellent « la grande noirceur ».

Durant les années 1960 le Québec connaît sa « révolution tranquille ». Une jeunesse diplômée et cultivée crée les conditions politiques d'un renouveau profond de la société québécoise. Dans le domaine qui nous concerne, on assiste sur pression du gouvernement fédéral canadien, à la création de l'assurance. Elle permet à la population d'accéder gratuitement aux soins hospitaliers. Des expériences de planification hospitalière régionale émergent3, elles produisent progressivement dans chaque régions une cohérence entre les établissements souvent gérés par les congrégations. Dans les quartiers des grandes villes, la population se mobilise autour de diagnostics concernant la santé et l'action sociale, des projets locaux émergent.

On assiste à l'importation vers le Québec des méthodes d'organisation communautaire américaines4. C'est le temps de la participation et des groupes populaires, des premières expériences de centres médico-sociaux autogérés. Les médecins généralistes acceptent de participer pour la plupart à ces réflexions en s'opposant aux médecins spécialistes et hospitaliers attachés à leurs prérogatives. Les congrégations religieuses et les diocèses laissent de nouveaux acteurs animer ces expérimentations communautaires, les encouragent souvent comme ce fut le cas à Montréal où le Conseil des œuvres du diocèse de Montréal devient sous la houlette de Michel Blondin le véritable lieu de création au Québec, de cette nouvelle approche de planification participative expérimentée dans certains pays en voie de développement5. C'est le temps où se mobilisent ensemble la population et les professionnels appuyés par de jeunes experts issus des facultés de théologie et de sciences humaines. L'Etat technocratique n'existe pas encore, tout se joue dans les territoires entre les acteurs locaux.

Les points clés du projet de

réorganisation des services de santé et des services sociaux des années 1970

Le gouvernement de Daniel Johnson (1966-1968) veut structurer un véritable service public de la santé et de l'action sociale. Il crée la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social et nomme Castonguay à sa tête. La commission produit en quelques années une énorme documentation composée de 15 gros volumes d'études et de recommandations auxquels il faut ajouter une longue série de rapports soumis à la commission. Plusieurs axes clés traversent le rapport de la Commission.

La commission affirme le bien-fondé dans une économie moderne, de l'investissement dans l'humain et donc dans la création d'une série intégrée de services publics venant répondre à des besoins fondamentaux (éducation, santé, action sociale, logement, revenu minimum, formation continue etc…). La commission redéfinit de façon générale un Etat-providence adapté à la province. Pour lutter contre la pauvreté dans une société d'abondance, il est important que tous puissent accéder de façon égalitaire à des services. Le Québec choisit l'accès universel aux mêmes services en affirmant qu'il faut faire un effort particulier pour permettre aux milieux défavorisés urbains et ruraux d'y accéder.

Le concept central de la commission est celui de développement consultatif et participatif largement développé par le sociologue Gérald Fortin. Après le rappel des droits sociaux fondamentaux de la personne et de la famille et un long diagnostic de la société québécoise, secteur par secteur, les rédacteurs proposent non seulement la croissance économique et la création de politiques publiques dans tous les domaines des politiques sociales, mais souhaitent la participation de tous les acteurs de la société à la création d'une société plus prospère et plus juste. Perspective humaniste fortement imprégnée des doctrines sociales catholiques. La commission affirme l'importance de l'intervention de l'Etat québécois, mais avec en contre poids une forte décentralisation régionale et la participation consultative systématique de tous les acteurs à l'élaboration des programmes et des politiques publiques ainsi qu'à leur évaluation. Immense appel à une société qui reconnaît les corps intermédiaires et l'importance du territoire local, des liens communautaires, de la participation, des diagnostics partagés et des projets coconstruits, localement et régionalement.

Par ailleurs la commission affirme souvent que les pauvres sont pauvres, certes parce qu'ils manquent de revenu, mais parce dans une société qui se construit par la coopération ou l'affrontement entre de multiples groupes de pression, ils sont non organisés et ne savent pas développer de stratégies fécondes de défense de leurs intérêts. Pour sortir de leur position d'assistés, de citoyens non-actifs, ils doivent donc accéder à des services, mais aussi participer à leur élaboration et à leur gestion. Pour la commission Castonguay la cogestion locale des services avec la population est un

facteur de promotion des personnes, elles rentrent dans un processus démocratique de prise de responsabilité. Les personnes les plus impliquées pourront apprendre à exercer un leadership et sortiront progressivement de la pauvreté.

On perçoit ici la prise en compte des expériences communautaires des années 1960, mais intégrée dans la création d'un Etat qui devient pilote du changement et qui veut se doter des outils de planification d'un Etat moderne. Pensée technocratique pondérée par un appel à la participation.

Cette double posture donnera lieu à une littérature sociologique québécoise assez critique[6], mais attire vers le Québec depuis les années 1970 bon nombre de jeunes Français en quête d'un modèle alternatif au jacobinisme. En France l'Etat-providence distribue des prestations de services sans demander à la population de participer à leur élaboration, leur mise en œuvre et leur évaluation[7]. « Citoyens, voilà du pain ! » dit la Révolution française. La position de la commission Castonguay apparaît donc dans les années 1970, pour les Français, « révolutionnaire ». Les jeunes Français viennent emprunter à la Belle Province des éléments de méthodes de construction participative des politiques publiques. Il faut noter que depuis les années 1960, chaque génération d'organisateurs communautaires produit une littérature professionnelle et universitaire qui forme une tradition méthodologique et technique cohérente[8] qui n'a pas d'équivalent en France[9].

Dans le domaine de la santé la commission Castonguay va aussi opérer une approche nouvelle de la santé en critiquant violemment le système de cette époque centré sur la prestation en cabinet médical privé ou en hôpital sans prise en compte du contexte environnemental. Pour la commission la santé n'est pas un facteur indépendant du social, elle propose une approche "écologique" (sic) de la santé, c'est-à-dire dire la prise en compte de l'influence générale du milieu sur la santé des personnes et des familles. La demande de soin qui s'est accrue rapidement avec l'hospitalisation gratuite fait converger vers le sanitaire des problèmes qui sont structurellement sociaux. Les services d'urgence des hôpitaux sont saturés et débordés. La commission affirme que le bien-être ne se limite pas au curatif, mais doit intégrer l'intervention communautaire favorisant la prévention et le bien-être (sic). Il s'agit donc d'intégrer dans une même démarche une politique sanitaire et une politique sociale permettant de diminuer le coût du sanitaire en réglant les problèmes socio-sanitaires en amont des établissements de santé, en amont des urgences hospitalières. La mise en cohérence des services sociaux et des services de santé est l'une des recommandations fortes de la commission, notamment en milieu défavorisés.

La commission propose un système de santé ayant comme fondement une pratique sanitaire publique centrée sur les besoins locaux répertoriés et analysés. L'offre de soin doit donc répondre à ces besoins locaux. La commission privilégie la pratique médicale de groupe, une approche globale de la personne et de la santé, elle propose un grand nombre de délégations d'actes des médecins vers les paramédicaux, l'augmentation du nombre de médecins généralistes, et en contrepartie, la baisse du nombre de médecins spécialistes. Il est envisagé le salariat (total ou partiel) pour les médecins devant

intégrer dans leur pratique l'éducation et la prévention.

Pour accompagner cette réforme, la commission propose une réforme des études médicales qui doit intégrer de nouvelles disciplines comme la sociologie, les méthodes d'enquêtes de population, la gestion de programme d'éducation de la santé, l'animation de groupe de malades. Face à la pratique libérale de la médecine curative et coûteuse la commission imagine une « médecine sociale communautaire » qui tout en assumant le curatif est aussi préventive et éducative.

La commission structure le système de santé à partir de trois lignes de services :

- Les soins généraux qui intègrent la médecine sociale communautaire seraient données dans les Centres locaux de santé. Les centres locaux de santé devront s'appuyer sur une large participation des professionnels et de la population dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du projet de santé du territoire. Cette première ligne de services détient la clé de l'accès du patient à la seconde ligne. L'objectif est de réduire l'accès aux hôpitaux locaux.

- Les soins spécialisés qui demandent des prises en charge plus importantes seraient donnés dans les centres communautaires de santé (hôpitaux locaux). Cette seconde ligne détient elle, la clé d'accès à la troisième. L'objectif est de réduire l'accès aux CHU.

- Les soins hyperspécialisés qui demandent l'intervention de spécialités non accessibles au niveau de proximité, seraient donnés dans les CHU ou les hôpitaux spécialisés (en psychiatrie par exemple). Médecine de pointe, liée à la recherche, mais débarrassée des questions sociales.

Ces trois lignes sont harmonisées dans une planification régionale décentralisée du ministère avec une forte autonomie de programmation locale après consultation de tous les partenaires locaux (population et professionnels). A ce stade de la réforme l'Etat central reste chargé du financement, mais la programmation concrète de la santé est confiée aux Offices Régionaux de Santé.

Les services sociaux et médico-sociaux seraient pour la commission, dotés d'une structure parallèle avec trois lignes de services et une organisation régionale de planification participative. On note que la commission Castonguay souhaite donner une dimension communautaire à la santé et aux services sociaux, mais n'évoque pas la fusion des services de premières lignes de la santé et des services sociaux. La commission Castonguay conforte du haut en bas de la pyramide des services publics la distinction entre la santé et le social.

Dernier point important pour le Québec, la structuration des professions sanitaires et

sociales étaient liée à l'histoire libérale du Canada. Chaque profession gérait de façon autonome l'agrément des nouveaux membres et les conditions de l'exercice professionnel. La commission inverse cette logique et intègre toutes les corporations et les ordres professionnels qui gèrent les reconnaissances professionnelles au sein d'un Office des professions contrôlé par l'Etat. Les qualifications, les compétences, les formations, les certifications seront délivrées par l'Etat à travers l'Office des professions. Ce système inventé pour le monde de la santé sera généralisé à l'ensemble de toutes les professions[10].

La réforme réelle, la loi « 65 » de 1971

Bien avant la publication de l'ensemble des volumes du rapport de la Commission, Claude Castonguay devenu ministre, propose en 1971 à l'Assemblée nationale du Québec le projet de loi 65 qui, adopté[11], structure pour de nombreuses années l'organisation des services de santé et des services sociaux québécois. Ce texte est un compromis entre les tendances technocratiques et centralisatrices de la jeune garde québécoise et les tendances décentralisatrices et participatives des acteurs professionnels et populaires ancrés dans les territoires. Le projet de loi 65 reste cependant pour les Français probablement un modèle d'équilibre qu'il faut regarder attentivement comme une issue possible aux problèmes qui sont les nôtres aujourd'hui.

L'organisation prônée par la loi 65 est fortement imprégnée des recommandations de la commission Castonguay, mais offre quelques innovations que ne laissaient pas soupçonner les travaux de la commission. Le langage du texte de la loi 65 est strictement juridique et administratif. Ce n'est pas une loi-programme structurée autour de finalités et d'objectifs, elle se présente comme une série d'articles indiquant surtout la structure du réseau de services lié au ministère, la liste des établissements retenus, la composition des conseils d'administration et des instances dirigeantes. Si la commission a été « bavarde », la loi est extrêmement austère, beaucoup de non-dit traversent le texte, elle n'explique pas les choix faits par le nouveau ministre, elle les met en œuvre.

Les établissements de santé comme ceux des services sociaux ont alors le choix entre rester privés et dépendants des congrégations ou d'entreprises[12] et celui d'intégrer le réseau des Affaires sociales dans les conditions statutaires « para-publiques » définies par la nouvelle loi. La presque totalité des services ont accepté cette intégration. Les salariés des établissements gérés par les congrégations sont devenus salariés des nouveaux établissements. Un grand nombre de religieux accédant au statut de salarié quitte l'état clérical.

Que vient structurer la loi 65 ? Un

nouveau ministère unique des Affaires sociales

Elle créée un ministère unique santé et social dit ministère des Affaires sociales. La loi va donc plus loin que la commission, elle fusionne les services de santé et les services sociaux tant au niveau ministériel que pour l'ensemble du réseau et donne au ministre des prérogatives immenses, beaucoup plus importantes que celles envisagées par la commission. Le texte définit les pouvoirs et les objectifs du ministre :

- Améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes ;
- Rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux
- Encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement
- Adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible
- Favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population ;
- Promouvoir la recherche et l'enseignement.

La régionalisation

Au niveau régional elle instaure les CRSSS (centres régionaux des services de santé et des services sociaux) qui n'ont plus une réelle fonction de décentralisation, mais seulement de déconcentration même si les membres du Conseil d'administration représentent largement les acteurs locaux. Douze CRSSS sont instaurés. Les CRSSS fonctionnent comme un contrôle de la légalité pour les nouveaux établissements de la région. Les CRSSS sont aussi les interfaces entre les établissements et le ministère, mais avec toute de même une relative autonomie dont pourraient rêver les acteurs

français des politiques socio-sanitaires. La fonction de programmation régionale qu'ils doivent assumer est appuyée sur une véritable capacité à faire participer les acteurs et à mener des recherches autonomes ne rentrant pas dans les strictes indications ministérielles. Les CRSSS peuvent mobiliser les ressources universitaires locales (toutes disciplines confondues) pour mener des recherches. De nombreux mémoires ou thèses d'étudiants ou travaux de laboratoires participent de ces recherches locales.

Les trois lignes de services, la création des Centres locaux de services communautaires

La loi crée un système structuré selon les trois lignes de services décrits par la commission, mais de façon un peu différente.

La création la plus originale, fer de lance de la loi et de la réforme, est la création en 1ère ligne, des Centre locaux de services communautaires (CLSC) qui doivent apporter en même temps les réponses aux demandes de services de santé et de services sociaux. Vision écologique, globale et communautaire de la santé, vision fortement solidariste et communautaire de l'action sociale qui n'est plus seulement une aide à des personnes et des familles, mais aussi une aide aussi au milieu pour qu'il résolve ses difficultés ''communautaires''.

Les conseils d'administration des CLSC représentent les acteurs impliqués, notamment la population bénéficiant des services. Les CLSC doivent offrir des services curatifs, mais aussi préventifs, faire de l'éducation sanitaire et sociale, intervenir sur le milieu. Ils offrent aussi toute la gamme des services sociaux de santé de proximité centrés sur le soin et le bien-être (au sens que l'OMS donne à ce terme).

La seconde et la troisième ligne de services

La seconde ligne de services met en parallèle quatre types de services.

- Les Centres de services sociaux, donnant les services sociaux spécialisés, ne relevant pas de la proximité (famille, enfance, alcoolisme, personnes âgées…)

- Les centre d'accueil offrant des hébergements aux personnes devant être en établissement (les jeunes ou d'autres populations…)

- Les centres hospitaliers (donnant les services nécessitant un hébergement et non accessible en proximité…)

- Les Départements de santé communautaires (chargés de la santé publique et de la médecine du travail…)

La troisième ligne de services : les CHU.

Les CHU se situent au sommet de cette pyramide. Ne devraient y accéder que les patients ayant franchi les barrages de la première et de la deuxième ligne[13]. Services de pointe appuyés sur la recherche en lien avec les facultés de médecine. Pour faciliter la recherche à caractère professionnel, il est prévu des conventions entre les établissements des niveaux un et deux et les universités, certains ont même le sous-titre de « centre de recherche universitaire ».

Il faut intégrer dans cette troisième ligne les fonctions de planification régionale tant pour les services de santé que pour les services sociaux qu'assument les CRSSS.

L'application de la réforme : compromis entre participation territoriale et centralisation technocratique

Le vote de la loi 65 et son application a donné lieu dans les années 1980 à une immense littérature sociologique critique. Certaines recherches de tendance marxiste ont défendu que la réforme ne changeait pas les rapports sociaux économiques au Québec, mais qu'elle offrait seulement par les services offerts, un coussin de sécurité au capitalisme, la participation étant profondément un leurre[14]. Certaines recherches ont montré l'émergence d'une nouvelle classe sociale au Québec, la technocratie d'Etat étant dominée dans le domaine qui nous concerne par les économistes de la santé. Marc Renaud[15], sociologue à l'Université de Montréal parle de la naissance d'un Etat narcissique qui certes, souhaite améliorer la santé de la population, mais cherche surtout à conférer à l'Etat québécois un rôle d'Etat national, rivalisant avec l'Etat fédéral canadien. La finalité de la réforme serait plus centrée sur l'ego de la nouvelle classe dirigeante que sur la réalité du service à la population. La critique fut donc radicale. Mais notons cependant dès à présent, que les mouvements de réforme de la réforme qui émergeront dans les années 1990-2015 ont provoqué une réflexion de défense de la réforme Castonguay considérée alors comme l'âge d'or du réseau des Affaires sociales. C'est donc avec un œil bienveillant que nous regarderons la mise en œuvre de la réforme durant les années 1970.

La structuration du réseau de Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC)

A partir de la publication de la loi 65 les centres hospitaliers et les centres d'accueil assument de fait les fonctions que les établissements religieux assumaient avant la réforme.

La création du réseau de CLSC va devenir l'enjeu majeur de la réforme. Le ministère implante ces nouveaux établissements progressivement en fusionnant dans les zones choisies des services existants, en transférant les personnels au sein de la même structure et surtout en donnant de nouveaux moyens à ces établissements ouverts en priorité en milieux urbains défavorisés et dans les milieux ruraux sous-équipés. Les CLSC appelés à couvrir l'ensemble du territoire de la province, implantés en priorité dans les milieux défavorisés, garderont durant de nombreuses années l'image de services pour pauvres.

L'observation de la mise en œuvre de la loi montre que dans les premiers pas de la réforme, la programmation des services n'est pas standardisée, le ministère prend en charge les projets élaborés localement avec la participation des acteurs locaux professionnels et populations. Il n'y a pas à cette date de reconduction des programmes offerts dans le CLSC d'une période de programmation à une autre. Des enquêtes participatives précèdent la création des projets soumis à financement. De nouvelles enquêtes participatives évaluent les projets mis en œuvre et redéfinissent les besoins nouveaux du territoire. C'est le temps du travail social communautaire. Un ancien responsable de programmes, Claude Larivière, devenu professeur d'Université note dans un rapport de recherche de 2008 : « 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 innovateurs16. »

Les directeurs généraux sont des pilotes de projets associant professionnels et usagers. Les budgets sont construits selon l'approche "projet de budget base zéro". Les enjeux méthodologiques de la participation deviennent considérables.

Si rapidement une série de services de base sont programmés de façons similaires dans de nombreux CLSC, on voit apparaître des modes d'approches très différents d'un territoire à l'autre. L'explosion des projets de santé communautaire et d'éducation à la santé est caractéristique de cette époque. Les groupes d'entraide de malades, le travail social de groupe, les projets communautaires se multiplient.

Il faut noter cependant que dans plusieurs CLSC la programmation des projets a été souvent accompagnée de nombreux débats idéologiques « interminables » dans

lesquels s'affrontaient les partenaires de la participation avec les tenants de la production de services rapidement identifiés. Médecins et travailleurs sociaux communautaires se sont souvent affrontés, notamment dans lorsque les directeurs généraux des CLSC étaient d'anciens travailleurs sociaux communautaires.

La diffusion du modèle CLSC fut plus difficile que ne l'avaient escomptée les réformateurs. Ils n'ont couvert l'ensemble du territoire que lentement avec une ambition amoindrie. Progressivement ils sont devenus des services complémentaires des autres établissements. Les pratiques communautaires mobilisent alors les populations sur des projets ponctuels ou sur des services marginaux17.

Les médecins généralistes favorables lors la commission Castonguay à leur intégration dans les centres de santé communautaires, ont eu du mal à rejoindre les CSLS où se cumulaient le sanitaire et le social. Un certain nombre de médecins ont accepté d'être salariés des CLSC, beaucoup cependant sont restés des prestataires des CLSC, les paramédicaux ont assumé cependant des responsabilités considérables. Les cliniques privées regroupant des médecins libéraux et des para-médicaux se sont multipliées en réaction à l'implantation des CLSC.

La réforme et les économistes de la santé du Ministère des Affaires sociales

A partit des années 1980 une série de nouvelles commissions et de nouveaux rapports proposent des modifications structurelles du Réseau mis en place par la Réforme (Commission Rochon, rapport Brunet, rapport Harnois). La crise des finances publiques se fait sentir. On assiste à l'introduction dans le réseau des méthodes de gestion empruntées au secteur marchand. Progressivement les missions des CLSC fortement questionnées sont recentrées sur les populations à risques et des services ciblés.

Le ministre Côté au début des années 1990 tente de défendre les idées majeures de la Réforme Castonguay en introduisant une notion nouvelle : la satisfaction de l'usager, client du service public. La réforme replace le citoyen au centre de la mission du réseau. Elle introduit une dose importante de décentralisation vers les structures régionales et renforce les budgets des CLSC sous financés, elle redonne une place plus grande aux organisateurs communautaires. Le ministre souhaite que les médecins généralistes collaborent avec le réseau, il remet en question le paiement à l'acte des médecins, il insiste sur la participation des citoyens aux décisions.

Dans les années 2000 le ministre Philippe Couillard décentralise la gestion du ministère vers les Agences (régionales) de santé et des services sociaux (ASSS) et décide la fusion sur une zone géographique importante des CLSC, des Centres hospitaliers locaux et des centres hospitaliers de longs séjours. La création des centres des services de santé et

des services sociaux (CSSS) marque une date importante, l'absorption des CLSC dans l'hospitalier et la domination des gestionnaires de la santé sur l'ensemble des services sociaux sanitaires. La gestion de ces structures est centralisée, chaque composante perd ses objectifs et ses savoir-faire. Tournant capital dans l'histoire du réseau des Affaires sociales. La première ligne étant intégrée dans la seconde ligne hospitalière, on assiste à un afflux de population vers les hôpitaux. Les apports de la commission Castonguay s'évanouissent. La participation populaire est devenue plus marginale. Les professionnels expriment leur souffrance au travail[18] et leur besoin d'être entendus, soutenus, d'être affectés sur des tâches qui correspondent à leurs qualifications.

En 2015 le ministre Barette poursuit la voie de la concentration. Il regroupe tous les établissements dans de vastes mégastructures sanitaires et sociales les Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux (CIUSSS) qui assurent les soins hyper spécialisés. Trente-quatre établissements pour toute la province, dont la gestion est confiée aux gestionnaires de la santé.

Le réseau est géré de façon technocratique. L'influence des économistes de la santé a fait basculer la gestion du système vers la recherche de la seule efficacité apparente dont le critère ultime est le chiffrage des dépenses. La mobilisation de la population et la santé communautaire s'effacent devant la recherche de rationalité et la concentration des pouvoirs du recours au partenariat publics/privé.

Ce qu'il reste de l'intervention communautaire

L'intervention communautaire (sociale et sanitaire) reste tout de même fort importante par rapport à la France. Des postes d'organisateurs communautaires subsistent au sein du réseau, ils animent toujours les groupes d'entraide et font les montages de projets innovants avec la population. L'organisation communautaire issue essentiellement de l'intervention sociale rejoint les enjeux de la santé publique et donc de la santé communautaire[19]. D'autres organisateurs communautaires travaillent hors du réseau dans des organismes communautaires- de type associatif-, ils font la promotion de projets portaient par la population, reçoivent des subsides du ministère des Affaires sociales, des municipalités, des fonds de charité et des fondations.

La crise des hôpitaux est aujourd'hui assez semblable à celle que nous connaissons en France, les services d'urgences sont débordés, les files d'attente pour être opéré s'allongent, l'éducation à la santé emprunte les voies de la publicité de masse. L'assurance maladie québécoise prend en charge une série de soins, les mutuelles et les assurances privées assurent le financement des soins non acceptés. Soins à deux vitesses.

Au terme de cet itinéraire, on constate que le système québécois de santé et des

services sociaux est très différent du système français. Les collectivités locales n'interviennent pas dans ce champ de compétence, hormis pour certains projets sociaux à caractère communautaire. La gestion des établissements est directement décidée par le ministère et les Agences régionales. La participation populaire s'est largement amoindrie, les services sont fortement standardisés. Le système s'est donc progressivement centralisé et a perdu l'ancrage territorial ainsi que les méthodes de programmation systématiquement participatives qui faisaient les caractéristiques de la réforme Castonguay. Il demeure malgré tout pour nous Français qui regardons le réseau québécois de loin, de larges zones d'initiatives territoriales et une grande place pour l'organisation communautaire. La citoyenneté, l'initiative locale, les liens communautaires restent les fondements de la culture québécoise même si la technocratie a pris une place que n'envisageaient pas les réformateurs des années 1970. Les tensions budgétaires qui pèsent sur la province contraignent le Québec à valider sans cesse ses projets, à ne pas investir à fonds perdus. La consultation populaire et l'appelle à l'initiative et aux ressources communautaires sont sans cesse d'actualité[20].

Conclusion : Les leçons pour la France

Après cette longue présentation de 50 années d'histoire des politiques québécoises de santé, on peut en revenant aux fondamentaux de la réforme des années 1970-1990 -la réforme Castonguay- tirer quelques leçons pour les acteurs de la réforme française actuelle.

L'option territoriale est incontournable, elle permet d'envisager la gestion des projets de santé au plus près des besoins des usagers et de développer une vision écologique et communautaire de la santé.

La participation des acteurs professionnels est essentielle. La participation des usagers dans une perspective d'éducation de la santé, de co-gestion éducative de la santé l'est également.

Les diagnostics locaux participatifs sont la clé de toute réforme de la santé. Il faut garder le cap de la participation parce qu'elle est éducative, promotionnelle. Il ne faut pas la considérer seulement comme sources d'idées neuves que l'on pourrait généraliser après expérimentation. Il faut refuser les actions innovantes imposées ensuite partout à tous, il faut diffuser les actions inspirantes qui mobilisent les acteurs et les poussent à la créativité.

La fusion du social et du sanitaire qui fut l'aventure des CLSC ne semble pas à retenir, elle fut, elle reste difficile au Québec, elle serait impossible en France, mais des coopérations structurées seraient nécessaires entre les deux domaines. Le travail social communautaire encore appelé développement social local[21] doit dialoguer avec la santé communautaire. Ces deux approches encore marginales en France devraient être développées et dialoguer entre elles dans chaque territoire de projet.

Enfin il faut sans doute modifier la formation des professionnels de santé en intégrant plus de sciences humaines et une formation à la « santé publique du quotidien », à « la santé communautaire ». Les travailleurs sociaux reçoivent tous actuellement une formation à l'expertise territoriale et au développement social local, ne pourrait-il pas en être de même pour les soignants.

Signe des temps. Le concept de développement social (participatif) semble revenir actuellement au-devant de la scène. Un ouvrage assez récent associe les travaux de la Chaire canadienne de recherche en organisation communautaire longtemps dirigée par Denis Bourque et les travaux du sociologue français Cyprien Avenel, intervenant à Sciences Po paris et au CNAM, mais par ailleurs chargé de mission à la direction stratégique de la Direction Générale de la Cohésion sociale au Ministères des solidarités et de la santé22. Cet ouvrage, un parmi tant d'autres, montre qu'une fenêtre est ouverte pour repenser une gestion des politiques publiques ne niant plus le génie des territoires. Les ressources endogènes du territoire peuvent venir alimenter les prérogatives exogènes de l'Etat si celui-ci cesse d'être un Etat narcissique rêvant davantage de jouir du pouvoir que de l'exercer, s'il est un Etat non obsédé par son statut imaginaire d'élite avancée chargée d'imposer à la Nation une histoire qu'elle aurait pensé pour elle. Il faut abandonner toute vision hégélienne de l'Etat qui engendre la technocratie. L'échec des politiques de la ville dont on a progressivement ôté toute perspective participative de développement social local devrait inciter les tenants de la Réforme « ma santé 2022 » à ne pas abandonner la promesse de décentralisation, de territorialisation de mobilisation des acteurs locaux. La France jacobine rêve de territoire, d'enracinement local, de solidarités de proximité, d'entraide. N'est-ce pas l'avenir post-moderne de notre pays, de nos politiques publiques23 ?

1 http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/les-commissions-d-enquete-au-quebec-depuis-1867/7590-commission-castonguay-nepveu-1967-72 (Vu le 10/09/2019)

2 Le célèbre roman de Gabrielle Roy, *Bonheur d'occasion*, Montréal, Boréal, donne une bonne image de l'un des quartiers de Montréal durant la seconde guerre mondiale.

3 Notamment à Sherbroocke autour du CHU de cette ville et de leaders charismatiques comme Thomas Boudreau.

4 Voir Jean-François Médard, *Communauté locale et organisation communautaire aux États-Unis, Paris, 1969, éditions de la Fondation nationale des sciences politiques / Armand Colin.* On utilise aussi les concepts de travail social communautaire et de santé communautaire.

5 Les deux figures phares de ce courant sont deux religieux français le père Louis-Joseph Lebret, fondateur d'Economie & Humanisme et le père Henri Déroche fondateur du Collège coopératif.

6 Voir notamment Frédéric Lesemann, *Du pain et des services, La réforme de la santé*

et des services sociaux au Québec, Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1981, 230 p.

7 Ce point est un leitmotiv des politiques sociales nord-américaines voir, Jacques Donzelot, *Faire société, la politique de la ville aux Etats-Unis et en France*, Seuil, 2003.

8 Plusieurs manuels classiques d'organisation communautaire Québécois : Henri Lamoureux, Robert Mayer, Jean-Panet Raymond, *L'intervention communautaire*, Editions Saint-Martin, Montréal, 1984, deuxième édition augmentée en 2003 aux Presses de l'Université du Québec, François Marcotte, *l'Action communautaire,* éditions Saint-Martin, Montréal, 1986, Denis Bourque, Yvan Commeau, Louis Favreau, Lucie Fréchette, *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Presses de l'Université du Québec, 2008, 526p., Jocelyne Dufort et Jérome Gay, *Agir au cœur des communautés*, Presses de l'Université Laval, 2001, 405 p.

9 La France refuse de façon générale d'utiliser le vocabulaire international lié au travail social et au développement local. Le travail social communautaire est dans le vocabulaire international l'action de professionnels du secteur social chargés d'élaborer des diagnostics locaux participatifs, d'élaborer des projets locaux et de négocier leur intégration dans les programmes des politiques publiques, de les mettre en œuvre et de les évaluer de façon participative. Le concept de santé communautaire lui est parallèle. On retrouve dans les domaines de l'éducation, du logement… des concepts similaires. L'ensemble de ces démarches territoriales participatives sont intégrées dans le vocabulaire international sous le concept d'organisation communautaire. Le Haut Comité en Travail Social travaille sur la publication d'un guide méthodologique en développement social dont les premières ébauches montrent une certaine ouverture sur le vocabulaire international. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/developpement-social_mandat-2.pdf

10 Les programmes universitaires de formation des professionnels doivent recevoir une accréditation des organisations membres de l'Office des professions.

11 La tradition parlementaire canadienne désigne pour chaque province les lois dans un premier temps par le N° chronologique de leur présentation au parlement au cours de l'année. Une fois débattue et validée la loi est intégrée dans le registre des lois de l'année en tant que chapitre de la loi de l'année. La réforme de la santé et des services sociaux est donc désignée d'abord comme projet de loi 65 ou plus directement loi 65 (avec plusieurs versions successives au cours des débats parlementaires) et publiée en fin d'année comme chapitre 48 de « la loi » votée en 1971. Les modifications de la Réforme se feront alors par modification du chapitre 48 de la loi de 1971.

12 En signant des conventions directement avec le Ministère des Affaires sociales.

13 Tous les services sont entièrement gratuits, seule une partie des médicaments restent à la charge des familles. L'acte du médecin est pris en charge directement par l'assurance maladie. L'usager ne fait pas l'avance et n'est pas ensuite remboursé.

14 Thèse de F. Lesemannn, voir op.cit.

15 Marc Renaud, *Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique »,* article publié dans l'ouvrage collectif dirigé par de Luciano Bozzini, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff, Médecine et société. Les années 80, pp. 513-549. Montréal : Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981, 554 pp.

16 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.

17 Jocelyne Lamoureux et Frédéric Lesemann, *La filière d'action sociale,* rapport à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, (dite commission Rochon), Québec, 1987.

18 Claude Larivière, *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, op. cit..

19 En se référant à la période de la première concentration et de la création des CSSS voir l'excellent petit ouvrage : Denis Bourque, René Lachapelle, *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*, Presses de l'université du Québec, Montréal, 2010, 164 p.

20 Voir Claude Larivière, Au Québec, *L'intervention volontaire auprès des personnes vulnérables*, Le Sociographe, N° 67, p. 63-71.

21 Voir sous la direction de Jean-Marie Gourvil et Michel Kaizer, *Se former au développement social local*, Dunod, 2008, 376 p. Voir aussi article Développement social local, *Nouveau dictionnaire critique de l'Action sociale,* Bayard, 1995.

22 http://w4.uqo.ca/crcoc/ (vu le 13/09/2019). Voir Cyprien Avenel et Denis Bourque*, Les nouvelles dynamiques du développement*, Champ social, 2017, 244 p.

23 Voir l'article remarquable d'Hélène Strohl (IGAS), Repenser l'intervention sociale*, Le Sociographe,* N° 67, p. 37-49. La modernité s'effondre, comment repenser l'après modernité ?