



**COLLECTION  
PRATIQUES ET POLITIQUES  
SOCIALES ET ÉCONOMIQUES**

**CHRISTIAN JETTÉ**

# **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**



**Presses  
de l'Université  
du Québec**







**Les organismes  
communautaires  
et la transformation  
de l'État-providence**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC  
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450  
Québec (Québec) G1V 2M2  
Téléphone : (418) 657-4399 • Télécopieur : (418) 657-2096  
Courriel : puq@puq.ca • Internet : www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

**CANADA et autres pays**

PROLOGUE INC.

1650, boulevard Lionel-Bertrand (Québec) J7H 1N7

Téléphone : (450) 434-0306 / 1 800-363-2864

**FRANCE**

AFPU-DIFFUSION

SODIS

**BELGIQUE**

PATRIMOINE SPRL

168, rue du Noyer

1030 Bruxelles

Belgique

**SUISSE**

SERVIDIS SA

5, rue des Chaudronniers

CH-1211 Genève 3

Suisse



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

**CHRISTIAN JETTÉ**

# **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**

2008



**Presses de l'Université du Québec**

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450  
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque  
et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Jetté, Christian, 1961-

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

(Collection Pratiques et politiques sociales et économiques)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-1538-3

1. Organisation communautaire - Québec (Province). 2. Santé, Services de -  
Administration - Québec (Province). 3. Services sociaux - Administration -  
Québec (Province). 4. Économie sociale - Québec (Province). 5. Québec (Province).  
Ministère de la santé et des services sociaux. I. Titre. II. Collection.

HN110.Q8J47 2008

361.809714

C2007-942226-8

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada  
par l'entremise du Programme d'aide au développement  
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible  
grâce à l'aide financière de la Société de développement  
des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : INTERSCRIPT

Couverture : RICHARD HODGSON

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2008 9 8 7 6 5 4 3 2 1**

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

© 2008 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2008

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada  
Imprimé au Canada



---

# REMERCIEMENTS

Cet ouvrage n'aurait pu voir le jour sans le concours de nombreuses personnes et organismes qui ont soutenu notre démarche depuis 2000. Nous souhaitons d'abord remercier notre directeur de thèse, Benoît Lévesque, professeur au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), et notre codirecteur, Yves Vaillancourt, professeur à l'École de travail social de la même université, pour leur soutien et la confiance qu'ils nous ont témoignée tout au long de notre démarche.

Nous voudrions aussi souligner l'appui financier accordé pendant trois ans par le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), ainsi que celui de l'équipe Économie sociale, santé et bien-être, du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), du Département de sociologie de l'UQAM et de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM.

Nous voudrions également remercier le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) et son personnel qui nous ont toujours appuyé et qui ont mis à notre disposition l'équipement

bureautique nécessaire à la réalisation de cette thèse. Un merci tout spécial à Carole Vilandré pour ses propositions judicieuses visant à améliorer la forme et la compréhension de ce texte.

Nous voudrions aussi souligner la coopération inestimable d'un bon nombre de personnes des milieux gouvernementaux et communautaires qui nous ont accordé temps et énergies afin de répondre à nos questions. Leur contribution nous a permis de mieux comprendre l'évolution des rapports entre l'État québécois et les milieux communautaires au cours des trente dernières années au Québec. Qu'ils et elles soient tous et toutes sincèrement remerciés.

Au terme d'une démarche ayant exigé un investissement personnel de plusieurs années, nous ne pouvons nous empêcher d'avoir également une pensée pour nos parents qui nous ont transmis le goût des études et la persévérance nécessaire à la réalisation d'un tel travail. Aucune formation académique ne pourra jamais remplacer cet héritage qui donne un sens même à la vie.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'apport de celles qui nous ont accompagné au quotidien dans cette aventure au dénouement parfois incertain et qui, en raison de leur seule présence, ont rendu concevable la réalisation d'un tel projet. Gros merci donc à Florence pour son soutien affectif (et financier...) sans lequel rien n'aurait été possible et à Minji, pour son extraordinaire joie de vivre.

---

# ACRONYMES ET SIGLES

AANB	Acte de l'Amérique du Nord britannique
ACEF	Association des coopératives d'économie familiale
ADDS	Association pour la défense des droits sociaux
AFEAS	Association féminine d'éducation et d'action sociale
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AQDR	Association québécoise pour la défense des retraités et préretraités
ASJ	Action sociale jeunesse
BAEQ	Bureau d'aménagement de l'Est du Québec
CA	Centre d'accueil
CALACS	Centre d'aide aux victimes d'agressions à caractère sexuel
CAP	Comité d'action politique

CASF	Conseil des Affaires sociales et de la Famille
CDEC	Corporation de développement économique communautaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIRIEC	Centre international de recherches et d'information sur l'économie publique, sociale et coopérative
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
COCQ	Coalition des organismes communautaires du Québec
COCES	Comité d'orientation sur l'économie sociale
CRES	Comité régional d'économie sociale
CR	Centre de réadaptation
CRISES	Centre de recherche sur les innovations sociales
CRSSS	Conseils régionaux de la santé et des services sociaux
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSS	Centre de services sociaux
CTA	Centre de travail adapté
ECUS	Entente-cadre sur l'union sociale canadienne
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
FAS	Fédération des affaires sociales
FFQ	Fédération des femmes du Québec
FPE	Financement des programmes établis
FRAP	Front d'action populaire
FRAPRU	Front d'action populaire en réaménagement urbain
FSSS	Fédération des services de la santé et des services sociaux
FTQ	Fédération des travailleurs du Québec
IPAC	Initiative de partenariats en action communautaire
JEC	Jeunesse étudiante catholique
JOC	Jeunesse ouvrière catholique

LAREPPS	Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAC	Mouvement action-chômage
MAS	Ministère des Affaires sociales
MAUSS	Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
OBNL	Organisme à but non lucratif
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCH	Organisme communautaire d'hébergement
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
ORAS	Office régional des affaires sociales
PCO	Parti communiste ouvrier
PDE	Programme de développement de l'emploi
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique
PIB	Produit intérieur brut
PIL	Projet d'initiatives locales
PME	Petite et moyenne entreprise
PNB	Produit national brut
PPBS	Planning, Programming, Budgeting System
PROS	Programme régional d'organisation des services
PRSU	Plan de rénovation sociale et urbaine
PSOB	Programme de soutien aux organismes bénévoles
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSQ	Parti socialiste du Québec

RACQ	Regroupement des Auberges du cœur du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAPC	Régime d'assistance publique du Canada
RCM	Rassemblement des citoyens de Montréal
RMJQ	Regroupement des maisons de jeunes du Québec
ROCAJQ	Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec
ROCJMM	Regroupement des organismes communautaires jeunesse du Montréal métropolitain
ROCQ	Regroupement des organisateurs communautaires du Québec
ROJAQ	Regroupement des organismes de justice alternative du Québec
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
SSOC	Service de soutien aux organismes communautaires
TCSPS	Transfert canadien pour la santé et les programmes sociaux
TROC	Table régionale d'organismes communautaires
TRPOCB	Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
UQAM	Université du Québec à Montréal

Dans les pays démocratiques, la science de l'association est la science mère ; le progrès de toutes les autres dépend des progrès de celle-là.

Parmi les lois qui régissent les sociétés humaines, il y en a une qui semble plus précise et plus claire que toutes les autres. Pour que les hommes restent civilisés ou le deviennent, il faut que parmi eux l'art de s'associer se développe et se perfectionne dans le même rapport que l'égalité des conditions s'accroît.

*De la Démocratie en Amérique*

ALEXIS DE TOCQUEVILLE





---

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le dossier des services de santé et des services sociaux n'en finit plus, au Québec comme ailleurs, d'alimenter l'actualité. Débordement dans les urgences d'hôpitaux, hausse du coût des médicaments, vieillissement de la population, virage ambulatoire, pénurie d'infirmières, faiblesse des investissements en maintien à domicile : d'après les échos rapportés par les médias, on ne peut faire que le constat d'une crise larvée, qui risque à tout moment de provoquer l'implosion du système et de mettre ainsi en péril l'accessibilité des services.

C'est qu'à l'instar d'autres domaines de l'activité sociale et économique le système sociosanitaire a dû faire face, dans les années 1980 et 1990, aux défis énormes posés par la transformation de l'environnement socioéconomique, politique et culturel des sociétés occidentales. Ce nouveau contexte marqué, d'une part, par la globalisation et la financiarisation des échanges internationaux, la tertiarisation des économies et l'essor des nouvelles technologies et, d'autre part, par l'émergence de nouvelles demandes sociales orientées vers la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques et la mise en forme d'une prestation de service

collectif mieux adaptée à la situation particulière des individus et des communautés rend compte d'une évolution sociétale dont les finalités et le sens font encore l'objet de débats et d'interprétations divergentes.

Ainsi en est-il de l'essor du tiers secteur – dans lequel nous incluons les quelque 3 000 organismes communautaires ayant des interfaces avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec – en tant que réalité empirique recouvrant un ensemble d'organismes aux caractéristiques particulières, se démarquant de celles des secteurs public et privé, et de leur contribution au plan de l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations. Tantôt perçu comme l'instrument d'une société civile préparant la voie à l'élargissement de la démocratie au sein du système sociosanitaire québécois, tantôt devenu cheval de Troie d'une vision auto-régulatrice du marché ouvrant une brèche dans la gratuité des services, le tiers secteur (ou l'économie sociale), malgré les visions contradictoires qu'il suscite, a pris une ampleur considérable depuis le début des années 1990. Font foi de ce renouveau la création du Chantier de l'économie sociale en 1996 et l'essor de nouvelles ressources issues de ce tiers secteur dans les domaines du logement social, de l'aide à domicile et des services de garde notamment.

Mais alors comment interpréter cette reconnaissance acquise récemment? Et tenant compte des divers points de vue exprimés sur la question, quel bilan peut-on faire de la contribution des organismes du tiers secteur au renouvellement des pratiques sociales? Pour répondre à ces questions, il faut non seulement être à l'écoute des conflits portés par les mouvements sociaux, mais il faut surtout être en mesure de suivre la trace des revendications formulées par les acteurs sociaux impliqués dans les luttes sociales visant à transformer les institutions. Dans le cas qui nous préoccupe plus particulièrement ici, cela exige d'examiner de plus près les arrangements institutionnels mis en place pour baliser les rapports entre ce tiers secteur et le MSSS. Nous pensons que c'est à partir d'une étude minutieuse de ces arrangements et des dynamiques qui les ont façonnés historiquement qu'il sera possible de tirer quelques enseignements concernant l'impact des organismes du tiers secteur sur la configuration du système sociosanitaire québécois.

Ces arrangements institutionnels sont multiples; ils peuvent prendre la forme de politiques, de programmes, de cadres de référence, de lois, de règlements, etc. Les limites imparties à un projet comme le nôtre ne permettent pas d'étudier la totalité de ces arrangements, ce qui ne signifie pas pour autant qu'on doive renoncer à toutes formes d'investigation. La réussite d'une telle étude repose en effet sur l'identification des formes structurales dominantes au sein du champ social étudié, identification qui

permettra par la suite de relever et d'analyser les dynamiques de fond qui animent la construction sociale des activités produites par les acteurs sociaux concernés. Tenant compte de ces prescriptions pour les fins de notre recherche, il est rapidement apparu que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du MSSS constituait l'une, sinon la forme structurelle prépondérante marquant la configuration des rapports entre le MSSS et les organismes du tiers secteur dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Créé en 1973, à la suite de la mise en application de la réforme Castonguay-Nepveu – ce qui en fait le plus ancien programme du MSSS s'adressant aux organismes du tiers secteur – et balisant les conditions d'octroi de près de 336 millions de dollars aux organismes communautaires en 2004-2005 (SACA, 2005), le PSOC représente un arrangement institutionnel stable qui chapeaute les rapports entre le tiers secteur et le secteur public depuis plusieurs années. À ce titre, il constitue le plus important programme de financement d'organismes communautaires géré par le gouvernement du Québec. Son importance et sa portée stratégique, tant pour les acteurs du tiers secteur que pour ceux du secteur public, sont incontestables et en ont fait un matériau de choix pour l'étude que nous avons réalisée. C'est donc à la prise de connaissance des résultats d'un travail d'analyse sociologique d'une forme institutionnelle structurante, à la fois pour les milieux communautaires et le système sociosanitaire dans son ensemble, que nous convions le lecteur de ce livre, qui fut d'abord une thèse de doctorat, soutenue au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en avril 2005 (Jetté, 2005).

Le premier chapitre du livre sera consacré à une brève présentation des approches théoriques et de la problématique qui ont balisé l'analyse de notre objet d'étude. Nous expliciterons notamment la teneur des différents régimes d'État-providence et leur mise en contexte par rapport aux liens que ces régimes ont entretenus historiquement avec le tiers secteur. Nous aborderons également la question de l'essor des organismes communautaires au sein d'un modèle québécois de développement et de la place occupée par le PSOC dans les divers mécanismes d'institutionnalisation des rapports entre l'État et le tiers secteur. Nous livrerons par la suite les résultats d'une revue de la littérature concernant les rapports entre le MSSS et les organismes du tiers secteur au Québec dans le domaine socio-sanitaire. Nous terminerons ce premier chapitre en présentant brièvement notre méthodologie.

Par la suite, le livre est divisé en trois parties. La première partie couvre les chapitres 2 à 4 qui exposent l'analyse des données recueillies pour les années 1970 à 1979. Ainsi, dans le chapitre 2, nous retraçons la

genèse des comités de citoyens et des groupes populaires de services. Nous procéderons à l'identification des différents acteurs associés à la critique sociale et à la critique artiste, ainsi qu'à la mise en perspective des différentes figures du compromis intervenu entre ces deux formes de critiques au cours des années 1970. Le chapitre 3 expose les principales modalités de la réforme Castonguay-Nepveu adoptée en 1971 et leurs répercussions sur le tiers secteur communautaire. Nous y décrivons le processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires ayant mené à la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC), ainsi que les principaux facteurs ayant conduit à la création du PSOC en 1973. Le chapitre 4, quant à lui, nous permettra d'explicitier l'évolution des modes de coordination privilégiés par le ministère des Affaires sociales (MAS) dans l'établissement de ses rapports avec les organismes communautaires. Nous examinerons également l'évolution du financement accordé à ces organismes de 1973 à 1979.

La deuxième partie du livre couvre les années 1980 à 1990 et intègre les chapitres 5 à 7. Le chapitre 5 aborde en premier lieu les manifestations de la crise du providentialisme, tout en mettant en relief l'essor pris par les principes de la critique artiste au cours de cette période. Le chapitre 6 rend compte des travaux de la commission Rochon et de ses répercussions sur les organismes communautaires en santé et services sociaux, ainsi que des efforts faits au cours de cette période pour établir de nouvelles structures institutionnelles entre le MSSS et certaines composantes spécifiques du tiers secteur. Le chapitre 7 présente les transformations organisationnelles qui affectent le MSSS et le PSOC au cours des années 1980. Nous analysons les nouveaux modes de coordination qui se mettent progressivement en place au sein du système afin d'associer de manière plus étroite les activités des organismes communautaires à l'ensemble des services sociosanitaires. Nous présentons également les données financières qui permettent de rendre compte de la place croissante occupée par le tiers secteur dans la production des services sociosanitaires, et de la position particulière occupée par le PSOC parmi l'ensemble des sources de financement s'adressant à ces organismes au cours des années 1980.

La troisième et dernière partie de l'ouvrage (chapitres 8 à 10) couvre en priorité la période 1991 à 2001, avec toutefois certaines analyses qui prolongent la période étudiée jusqu'en 2004-2005. Cette décennie, cruciale pour les organismes communautaires, se caractérise d'abord par l'émergence de nouveaux acteurs sociaux dans la foulée du processus de régionalisation amorcé par la réforme Côté en 1991 ainsi que des deux sommets socioéconomiques de 1996 et de l'adoption de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire autonome (SACA) en 2001 (chapitre 8). Nous y examinerons également les retombées de la réforme

instaurée par le ministre Jean Rochon au milieu des années 1990 (virage ambulatoire) pour les acteurs locaux et régionaux. Le chapitre 9 nous donnera ainsi l'occasion d'amorcer un bilan des politiques de régionalisation qui ont structuré les arrangements institutionnels en santé et services sociaux au cours de cette décennie, incluant le PSOC. Enfin, au chapitre 10, nous montrerons qu'au cours des années 1990, de nouveaux modes de coordination des services tendent à s'imposer au sein du MSSS, ce qui n'est pas sans incidence sur certaines modalités du PSOC. Nous analyserons également l'évolution des sommes versées par le biais du PSOC.

Nous compléterons cette séquence historique et évolutive des rapports entre le MSSS et les organismes communautaires par un dernier chapitre (chapitre 11) qui permettra de dégager les principaux fils conducteurs de nos analyses. Cet exercice permettra de relever les principaux points de rupture et de continuité dans les modes d'institutionnalisation qui ont caractérisé la contribution des organismes communautaires à la prestation des services sociosanitaires au Québec de 1971 à 2001. Le lecteur sera ainsi convié à une analyse transversale et synthétique des trois décennies couvertes par notre étude. Finalement, une brève conclusion générale marquera la fin de cet ouvrage.



## CHAPITRE I

# LES ARRANGEMENTS ENTRE LE TIERS SECTEUR ET LES POLITIQUES PUBLIQUES

## Une diversité de points de vue et d'analyses

L'histoire récente d'un dispositif de financement comme celui du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ne peut être écrite sans référence à la crise profonde vécue par les sociétés industrielles contemporaines. Cette crise aux ramifications à la fois sociales, politiques, économiques et culturelles s'est manifestée, depuis les années 1970, par une contestation des normes de production et de consommation des biens et des services. Elle a entraîné la rupture graduelle du cercle vertueux de la croissance et de la consommation liées à l'augmentation du pouvoir d'achat des travailleurs, une dynamique systémique dont le maintien avait été assuré jusque-là par «la fonction anticyclique des systèmes de protection sociale» (Rosanvallon, 1981, p. 7). Inflation (alimentée par la crise énergétique des années 1970), récession (surtout celle de 1981-1982) et mises à pied se sont ainsi conjuguées pour creuser un écart entre les recettes provenant de l'assiette fiscale de l'État et la demande toujours croissante de services sociaux et de santé (Rosanvallon, 1995). Les pressions sur le système n'ont alors fait qu'augmenter : les déficits budgétaires

gouvernementaux ont grimpé en flèche, ouvrant ainsi la voie aux politiques d'austérité budgétaire et de ralentissement des investissements publics imposés par des gouvernements souvent démunis devant l'ampleur de la crise et l'échec des politiques traditionnelles mises en place pour relancer l'emploi et l'économie (Levasseur, 1980).

Castel (1995) parle ainsi des « métamorphoses de la question sociale » pour désigner une situation où les solidarités issues des trente glorieuses sont questionnées, les statuts sociaux et professionnels remis en question et les protections souvent mises à mal par une doctrine économique inspirée des néoclassiques, qui remet à l'ordre du jour, avec des modalités nouvelles toutefois, des politiques découlant de ce que Polanyi avait appelé « le marché autorégulateur » (Polanyi, 1944). La dynamique économique qui en découle s'appuie sur une conception idéologique du marché, considéré comme une institution dont les règles peuvent réguler, en dehors de toute autre forme d'intervention, les intérêts divergents exprimés par les individus et les groupes au sein de la société. L'emprise exercée par cette vision du marché autorégulé sur l'organisation sociale a eu ainsi pour double conséquence, dans les vingt dernières années, de régénérer le capitalisme tout en dégradant la situation sociale (Boltanski et Chiapello, 1999).

Malgré une idée largement répandue parmi la critique de la gauche, les nouveaux arrangements institutionnels qui se sont graduellement mis en place depuis le milieu des années 1980 pour tenter de résoudre cette crise ne peuvent être simplement ramenés à une conspiration des forces politiques de droite dans leur tentative « mondialisée » de faire disparaître le plus possible les formes d'interventionnisme étatique au profit de régulations presque exclusivement marchandes. La conjoncture actuelle est l'aboutissement d'un processus beaucoup plus complexe, qui fait entrer en jeu des aspirations de liberté et d'autonomie pour les individus, de participation et de proximité pour les communautés. Cette situation nouvelle tranche avec le contexte de la société d'après-guerre qui s'était appuyée sur des processus de massification, de standardisation et de hiérarchisation de la production et de la consommation pour assurer son développement.

C'est en réponse aux effets pervers de ces institutions dites fordistes qu'émergent, au cours des trente dernières années, de nouvelles demandes sociales visant à reconfigurer à la fois les formes de la production, axées sur une gestion hiérarchique et une division stricte du travail entre concepteurs et exécutants, et l'offre de services publics, centralisée et programmée. Dans le cas des services collectifs, ces nouvelles demandes sont exprimées de manière à ce que les services dispensés correspondent davantage aux besoins spécifiques des individus et des communautés locales. À cet égard, Illitch avait déjà mis en relief, dès le milieu des



années 1970, «la contre-productivité institutionnelle» d'un système socio-sanitaire calqué sur le modèle industriel et misant prioritairement sur «la médicalisation de la vie» au détriment des activités autonomes de santé et de bien-être (Illich, 1975, p. 83-100). Et c'est précisément en réaction à cette contre-productivité que sont apparus au Québec, au cours des années 1960 et 1970, les organismes communautaires qui ont ainsi voulu répondre par eux-mêmes à certains besoins exprimés par les communautés (Bélanger et Lévesque, 1992). Depuis lors, leur nombre n'a cessé de croître et leurs activités sont devenues, au fil du temps, une composante de plus en plus importante des services fournis dans le cadre du système sociosanitaire québécois.

Mais pour bien comprendre les interactions auxquelles vont donner lieu la production hétéronome de l'État et celle plus autonome (théoriquement du moins) des organismes issus de la société civile à travers le PSOC, nous devons au préalable définir notre cadre théorique afin de mieux saisir dans quelle perspective nous situons la crise des institutions d'après-guerre. Ce n'est qu'à la suite de cette analyse qu'il sera possible de donner un sens aux nouvelles politiques sociales et aux nouveaux programmes sociaux mis en place par l'État québécois au cours des trente dernières années, notamment ceux, comme le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), qui favorisent la reconnaissance accrue des organismes de la société civile, que ceux-ci soient appelés groupes de services, organismes communautaires, organismes du tiers secteur ou entreprises de l'économie sociale<sup>1</sup>.

## 1. LA TRANSFORMATION DES ÉTATS-PROVIDENCE ET LA PLACE DU TIERS SECTEUR DANS LE DOMAINE DES SERVICES SOCIOSANITAIRES

Les organismes issus du tiers secteur, incluant ce qu'on désigne au Québec comme les «organismes communautaires», ont considérablement accru leur présence et leur reconnaissance au sein des systèmes socioéconomiques des pays industrialisés au cours des vingt dernières années (Defourny et Monzó Campos, 1992; Laville, 1994; Defourny, Favreau et Laville, 1998; Archambeault, 1998; Salamon et Anheier, 1998), notamment dans le domaine des services de santé et de bien-être (Jetté *et al.*, 2000). Au Québec, plus particulièrement, cette présence s'est fait surtout sentir dans certains domaines d'activité: développement régional, éducation populaire,

---

1. Ces diverses appellations renvoient à des étapes historiques de leur développement que nous serons en mesure d'examiner plus attentivement au chapitre 2.

employabilité, lutte contre la pauvreté, protection de l'environnement et, bien entendu, santé et bien-être (Lévesque et Mendell, 1999). Dans tous les cas, cette reconnaissance acquise au fil des ans doit être mise en parallèle avec l'essor, la crise et enfin la transformation du fordisme et du providentialisme. Par contre, la place occupée par le tiers secteur dans les systèmes de santé et de bien-être varie selon les entités nationales et les régimes d'État-providence qui s'y sont développés historiquement. C'est pourquoi nous allons procéder à un rapide tour d'horizon des différents modèles de l'État-providence au plan international et du rôle joué par les organismes du tiers secteur à l'intérieur de ces différents régimes de bien-être. Cet exercice nous permettra par la suite de mieux cerner l'apport de ces organismes dans le domaine sociosanitaire au Québec depuis une trentaine d'années.

D'abord, rappelons que trois mondes d'État-providence surgissent des divers dispositifs institutionnels nationaux observés par Esping-Andersen : le régime libéral (ou résiduel), le régime conservateur (ou corporatiste) et le régime social-démocrate (ou universaliste). Tenant compte toutefois des travaux qui se sont poursuivis sur cette question depuis la première publication de l'étude d'Esping-Andersen en 1990, il convient aujourd'hui d'ajouter un quatrième régime d'État-providence à partir des recherches réalisées par d'autres chercheurs sur les politiques sociales dans les États européens du bassin méditerranéen, soit le régime dual (ou méridional) qui touche principalement l'Italie, l'Espagne et le Portugal (Trifiletti, 1999 ; Ferrera, 1996).

### 1.1. Les régimes de type libéral

Dans le régime libéral, l'assistance est fournie en fonction des tests de besoins, même si l'on peut aussi y retrouver quelques transferts universels et de faibles programmes d'assurance sociale. Les politiques sociales, réduites au minimum, se caractérisent par des règles d'admissibilité sévères et ciblent essentiellement les plus démunis. Cette caractéristique a pour effet de diminuer considérablement le potentiel de démarchandisation des protections sociales accordées par l'État-providence. On pourrait même dire que le résultat est inverse, c'est-à-dire qu'il entraîne un renforcement du marché « dans la mesure où tous les individus – sauf ceux qui échouent dans le marché – sont encouragés à se tourner vers le secteur privé » (Esping-Andersen, 1999, p. 36).

Quant aux rapports avec les organismes du tiers secteur, le rôle de ces derniers est apparenté à celui des associations caritatives dans un État libéral qui tend à favoriser leur développement au détriment des services publics. Ces associations deviennent donc fortement tributaires du

financement privé et participent, malgré elles, au démantèlement des régulations publiques qui ne doivent pas venir se substituer aux régulations domestiques (soutien de la famille et des proches). Ces organismes sont ainsi considérés principalement « sous l'angle de [leur] capacité à faire appel à un large bassin de ressources bénévoles organisées » pour assurer les services sociaux aux personnes dans le besoin (Jetté *et al.*, 2000, p. 68). L'entraide et le don sont bien sûr évoqués comme vecteur dynamique du filet de protection sociale, mais ceux-ci restent encarcenés dans un espace culturel et symbolique relevant davantage de l'incitation normative (qu'elle soit d'ordre religieux, domestique ou communautaire) que du principe de liberté régissant le don aux étrangers (le don moderne).

## 1.2. Les régimes de type conservateur

Dans les régimes de type conservateur ou corporatiste, les droits sociaux dépendent de l'appartenance à un groupe professionnel ou à une classe sociale. La protection sociale a ainsi pour effet de préserver et d'institutionnaliser les différences de statut social. On assiste alors à une sorte de dualisation de la société entre, d'une part, les personnes actives sur le marché du travail (et leur famille) bénéficiant de droits et de protections sociales relativement complètes et, d'autre part, les personnes exclues du marché du travail qui doivent s'en remettre à des services publics subsidiaires conçus pour répondre aux besoins des personnes non couvertes. Le mouvement de démarchandisation s'en trouve donc diminué, même s'il reste relativement supérieur à celui des régimes de type libéral (Esping-Andersen, 1999, p. 41-42).

Au sein de ces régimes, les associations du tiers secteur ont souvent fait œuvre de pionnières en mettant au jour de nouveaux besoins et en organisant la demande de services de manière à ce qu'elle soit prise en charge soit par le secteur public, soit par le tiers secteur lui-même dans le cadre de règles instituées par l'État. Selon Jean-Louis Laville (2001), ce modèle présente toutefois deux variantes en fonction de la réponse apportée aux besoins des familles et des femmes en matière de services non marchands. La première, qualifiée « d'égalitariste » (comme en France et en Belgique), propose « l'institutionnalisation d'une offre de services non marchands en dehors de la cellule familiale dans laquelle les associations gardent une place importante de prestataires de services, mais sont l'objet d'une régulation tutélaire de la part des pouvoirs publics » (Laville, 2001, p. 22). La seconde, dite « familialiste » (comme en Allemagne et en Autriche), accorde aussi une place importante à la régulation étatique des associations œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux (Zimmer, 1999). Mais compte tenu de l'empreinte laissée historiquement par l'Église sur ces régimes – et la transposition des valeurs familiales traditionnelles

qu'elle suppose –, les services liés aux besoins familiaux (les garderies par exemple) sont jugés subsidiaires par l'État qui opte plutôt pour le versement direct de prestations aux femmes (plutôt que l'organisation de services) afin de les soutenir dans l'accomplissement de leur rôle domestique (Esping-Andersen, 1999; Laville, 2001).

### 1.3. Les régimes de type social-démocrate

Les régimes de type social-démocrate ou universaliste sont des régimes universels qui étendent une protection sociale de haut niveau à tous les citoyens, y compris aux classes moyennes. Ils exigent toutefois des prélèvements d'impôts élevés. Ces régimes représentent les systèmes les plus démarchandisants, même si cette démarchandisation comporte des limites évidentes liées au fait que « de tels systèmes ont rarement pu octroyer des indemnités suffisantes pour offrir une véritable option de travailler ou non » (Esping-Andersen, 1999, p. 36). Contrairement aux deux autres régimes (libéral et corporatiste), l'objectif du plein emploi est fondamental dans le régime de type universaliste pour assurer une viabilité économique et une coordination adéquate des arrangements institutionnels entre, d'une part, les prélèvements faits par l'impôt et les taxes sur les gains et la consommation des travailleurs et, d'autre part, le financement du filet universel de sécurité sociale dont jouissent les citoyens. En outre, comme dans ce modèle les institutions étatiques sont des acteurs privilégiés du financement, de la production et de la livraison des services de santé et de bien-être, les associations sont confinées à un rôle de mobilisation, de catalyseur et de groupes de pression en permettant l'expression des demandes sociales qui trouvent réponse dans la création de services publics (Laville, 2001). Dans ce modèle, les associations du tiers secteur prennent donc rarement en charge la production directe des services, si ce n'est de manière résiduelle ou temporaire, afin de remédier aux insuffisances ou au retard du secteur public en matière de réponse aux besoins sociosanitaires des populations.

Par contre, à la faveur de la crise de l'État-providence, plusieurs gouvernements sociaux-démocrates ont été amenés à reconsidérer les rapports entre le secteur public et le tiers secteur. Cette remise en question s'est traduite par un accroissement de la production des services par le tiers secteur, tout en maintenant un niveau de financement public pratiquement identique. En d'autres termes, la transformation de ce modèle se ferait davantage, dans certains cas du moins, dans le sens d'une plus large délégation de services à des organismes du tiers secteur dont le financement provient en grande partie de l'État, ce qui implique le rejet de la privatisation en tant que formule privilégiée pour relever les défis de la restructuration des États-providence. C'est en tout cas ce qui semble se dessiner à partir de l'orientation prise depuis le début des années 1990 par « le nouveau modèle suédois » (Lorendahl, 1997).

#### 1.4. Les régimes de type dual ou méridional

Les régimes de type dual ou méridional (ou latin) se caractérisent par un système de soutien profondément dualiste. Ces régimes tolèrent en effet la coexistence de statuts fortement différenciés (encore plus que les régimes corporatistes) concernant la protection accordée aux personnes (Ferrera, 1996). Alors que certains citoyens, sur la base de leur appartenance au marché du travail, jouissent de droits sociaux très avancés (notamment sur les régimes de retraite), d'autres – et au premier chef les femmes – ne disposent pratiquement d'aucun de ces droits, compte tenu de leur mise à l'écart du marché du travail officiel (Trifiletti, 1999). En revanche, cette absence n'exclut pas pour autant leur participation aux revenus familiaux qui se réalise à travers des activités relevant de l'économie souterraine ou informelle (dont les revenus viennent souvent s'additionner à de très faibles prestations universelles de sécurité sociale), ce qui a pour effet de renforcer le rôle des femmes dans la sphère domestique et de rendre invisibles leur travail et les liens tissés entre les politiques sociales et la famille au sein de ces régimes (Trifiletti, 1999 ; Ferrera, 1996). « Polarisé sur les transferts monétaires, ce système délaisse les services », puisque la famille constitue le pilier principal sur lequel doit reposer la plupart des protections sociales (Laville, 2001, p. 123). En outre, la distribution de ces transferts en espèces n'est pas à l'abri des collusions partisans et du favoritisme, voire carrément d'un système de patronage pratiquement institutionnalisé.

De manière générale, l'État reste donc peu présent en matière de protection et celle-ci, lorsqu'elle est accordée, semble relever davantage des principes « méritocratiques » que de la mise en application des principes de citoyenneté (comme dans les régimes universalistes) ou de subsidiarité (comme dans les régimes corporatistes) (Trifiletti, 1999, p. 53). Les organismes relevant du tiers secteur sont aussi présents dans ces régimes, mais leur régulation par l'État et leur articulation avec les institutions publiques de protection sociale restent faibles, malgré une dépendance importante constatée par rapport au financement étatique (Chaves et Sajardo, 1999 ; Laville, 2001). Cela n'empêche toutefois pas certaines composantes du tiers secteur de profiter des brèches laissées par l'insuffisance des dispositifs de l'État-providence pour mettre en place de nouvelles institutions issues de la société civile, comme c'est le cas par exemple avec les coopératives sociales italiennes.

En définitive, les quatre régimes d'États-providence dont nous venons de rendre compte doivent être traités comme des formes archétypales qui n'existent pas véritablement à l'état pur dans la réalité sociopolitique des États nationaux. Ils surgissent plutôt sous la forme de configurations hybrides, issues de compromis politiques, qui donnent lieu à des arrangements

institutionnels faisant place à des spécifications relevant en priorité d'un des quatre régimes précédemment identifiés, auquel s'ajoutent des variantes secondaires tirées des autres régimes. Ainsi, les pays scandinaves disposent d'États-providence à tendance universaliste, mais cela n'exclut pas pour autant la résurgence de certaines institutions à caractère libéral ou corporatiste dans leur système de protection sociale. Même chose pour un pays comme les États-Unis dont le dispositif de protection sociale relève avant tout d'un régime résiduel de politiques sociales, mais qui comporte également des éléments empruntés au modèle universaliste.

Quant au Québec, sa situation ne peut être analysée en dehors du contexte canadien. Or, l'étude réalisée par Esping-Andersen sur les différents types d'État-providence inclut l'État-providence canadien dans les régimes libéraux ou résiduels, au même titre que les États-Unis et l'Australie (Esping-Andersen, 1999, p. 49). Des chercheurs proches de la réalité canadienne semblent abonder dans le même sens. Alain Noël, par exemple, considère que «l'État-providence canadien est, de façon prédominante, libéral» (Noël, 1996, p. 8), même si la protection sociale canadienne comporte des dimensions social-démocrates «qui la distinguent du modèle libéral pur» et qui la rendent plus généreuse que celle développée aux États-Unis (*ibid.*, p. 9). Myles et Pierson (1999) en viennent à des conclusions semblables après une analyse et une comparaison des États-providence canadien et américain. Selon eux, ces deux pays présentent une protection sociale associée à l'État-providence libéral, ce qui ne signifie pas qu'ils sont identiques. La principale différence entre le Canada et les États-Unis se situe dans la protection accrue que le régime canadien accorde aux personnes exclues du marché du travail, ce qui aurait permis de contenir les inégalités de revenus entre les travailleurs et les personnes sans emploi (*ibid.*, 28). Cependant, les caractéristiques libérales de l'État-province canadien auraient eu tendance à se renforcer depuis les années 1960 sous la pression des contraintes budgétaires et des avantages politiques et administratifs découlant de l'application de programmes sociaux plus sélectifs (les allocations familiales par exemple). Ainsi, le Canada dépenserait désormais davantage «pour les transferts de revenus destinés à des clientèles particulières que pour les programmes universels d'assurance sociale» (*ibid.*, p. 26).

Peut-on alors étendre à la situation québécoise les conclusions de ces experts concernant le type de régime d'État-providence en vigueur au Canada? Oui, si l'on s'en tient aux remarques de certains d'entre eux, basées toutefois sur des éléments tenant davantage de propositions hypothétiques que d'une réelle démonstration empirique (Myles et Pierson, 1999, p. 35); non, si l'on suit l'argumentation développée par d'autres chercheurs qui insistent davantage sur la marge d'autonomie concédée aux

provinces en matière de politiques sociales par le régime fédéral canadien (Vaillancourt, 2002; Jenson, 2000). L'État-providence canadien demeure en effet « fragmenté » entre les divers niveaux de responsabilités attribuées aux gouvernements fédéral et provinciaux à l'égard de la production, du financement et de la mise en œuvre des politiques sociales (Noël, 1996, p. 8). Le partage des compétences entre les deux ordres de gouvernement a permis le développement de mesures de protection sociale distinctes d'une province à l'autre, malgré les limites imposées à ces écarts par les conditions d'octroi des transferts financiers fédéraux (Noël, 2001; Vaillancourt, 2002, 1988b; Gibbins, 2001; Vaillancourt et Thériault, 1997; Pilette, 1993). Néanmoins, ces particularismes provinciaux sont suffisamment marqués pour avoir permis le développement d'un régime de citoyenneté différent au Québec par rapport au reste du Canada (Jenson, 2000).

Dès lors, ces distinctions dans l'orientation générale des politiques sociales sont-elles assez prononcées pour permettre d'affirmer qu'il existe au Québec un État-providence différent de celui que l'on retrouve dans le reste du Canada? Et le cas échéant, cette différence serait-elle de l'ordre d'une gradation dans l'hybridation des modèles, c'est-à-dire plus ou moins d'éléments universalistes, corporatistes ou duals au sein d'un régime résolument libéral? Ou bien s'agit-il de distinctions plus fondamentales introduisant un autre régime d'État-providence? Malheureusement, rien dans la littérature que nous avons consultée ne permet de nous prononcer avec assurance sur ces questions. Ces interrogations restent posées et exigeraient, pour y répondre, une analyse spécifique. Par contre, une étude menée par Vaillancourt (2002) tend à démontrer que les politiques sociales émanant du gouvernement du Québec se démarquent, à plusieurs égards, de l'orientation insufflée par le gouvernement canadien à l'État-providence fédéral, notamment à partir des années 1990. Ce constat s'appuie sur l'analyse d'un certain nombre de politiques sociales qui présentent des aspects novateurs par rapport aux politiques sociales canadiennes et des autres provinces. Ces politiques du gouvernement québécois concernent la reconnaissance des organismes du tiers secteur dans le domaine sociosanitaire, les pratiques dans le champ du logement social, le développement des centres de la petite enfance, les responsabilités accrues des organismes du tiers secteur dans les services à domicile et les mesures s'adressant aux personnes handicapées (*ibid.*, p. 20-31).

Ainsi, à défaut de conclusions sans équivoques sur le type d'État-providence en vigueur au Québec, c'est sur la base des prémisses générales d'un régime d'État-providence québécois distinct, à certains égards, du régime fédéral et de celui des autres provinces canadiennes, plus particulièrement dans le domaine des politiques de reconnaissance des organismes du tiers secteur, que nous allons poursuivre nos travaux. Ceux-ci

devraient permettre de caractériser l'évolution des rapports sociaux et d'identifier les arrangements institutionnels ayant mené à la configuration particulière de l'État-providence québécois.

## 2. LE DÉVELOPPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC

Au Québec, la volonté de la société civile d'agir sur les normes de production et de consommation régissant les services de santé et de bien-être n'est pas nouvelle. C'est ainsi qu'on a vu apparaître au Québec, depuis les années 1960, quatre générations d'organismes issues des mouvements populaires et communautaires. Ces organismes communautaires sont importants à considérer pour notre étude puisqu'ils représentent «une composante essentielle» du tiers secteur (Bélanger, 1999). Ce fut d'abord la génération des comités de citoyens mis sur pied en milieux urbains (1963-1969) qui situaient leurs actions principalement sur le terrain de la participation et de la consommation, en revendiquant la prise en charge par l'État-providence des besoins reconnus collectivement par les populations (notamment par les activités d'animation sociale) (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 715-718).

La deuxième génération est celle des «groupes populaires de services» (1976-1981) qui cherchaient à apporter eux-mêmes une réponse aux besoins des populations (les comptoirs alimentaires, les associations coopératives d'économie familiale [ACEF], les cliniques communautaires, les cliniques juridiques, les coopératives d'habitation, les regroupements de jeunes travailleurs et de chômeurs, les garderies, etc.). Leur rapport à l'État-providence portait un double message: certains groupes réclament des droits et des services de l'État (groupes de défense de droit), tandis que d'autres groupes «remettent en cause la gestion étatique de ces services et le contrôle centralisé de l'État (providentialisme et fordisme) en proposant une alternative» (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 722).

À partir du milieu des années 1980, on voit apparaître une troisième génération qu'on désigne désormais sous l'appellation de groupes communautaires ou d'organismes communautaires plutôt que groupes populaires. Les enjeux sont alors tournés vers la question du désengagement ou de la redéfinition de l'État et de la crise de l'État-providence (Rosanvallon, 1981). Bref, on veut «réinventer la société» (Messine, 1987) et remplacer le compromis fordiste par un nouveau contrat social. On cherche des alternatives à l'État-providence (Bélanger *et al.*, 1987), un nouveau partenariat dans lequel les groupes autonomes de services feraient partie d'un nouveau modèle de développement faisant appel aux divers secteurs: étatique, privé, syndical et communautaire (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 725).



Une nouvelle polarisation s'instaure : certains organismes tendent alors à conserver les approches des groupes populaires dits autonomes, d'autres répondent aux offres de plus en plus pressantes de partenariat de l'État.

C'est au cours des années 1990 qu'était mise sur pied la quatrième génération d'organisme : les organismes d'économie sociale. Ceux-ci se distinguent de leurs prédécesseurs par la volonté nettement affirmée de leurs promoteurs de concilier rentabilité sociale et viabilité économique. Issues initialement des revendications du mouvement des femmes pour obtenir des gouvernements un investissement dans les «infrastructures sociales», ces demandes se veulent un contrepoids aux investissements étatiques traditionnels pour la relance de l'économie et de l'emploi (infrastructures économiques : routes, ponts, aqueduc, etc.) (Fédération des femmes du Québec, 1995). Après les Sommets socioéconomiques de 1996, d'autres acteurs sociaux (intervenants-terrain, travailleurs et chercheurs universitaires) vont se faire entendre sur la scène publique et promouvoir une définition large et inclusive du secteur de l'économie sociale (CIRIEC, 1998). Par cette action, ils tentent d'insuffler une cohésion d'ensemble et un sentiment d'appartenance commun, non seulement aux organismes reconnus comme faisant partie de l'économie sociale par l'État québécois, mais aussi à tout un ensemble d'organismes partageant des caractéristiques semblables (coopératives, organismes communautaires, organismes bénévoles, etc.).

### 3. LE PSOC : UN ÉLÉMENT CRUCIAL DU PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION DU TIERS SECTEUR AU QUÉBEC

À l'instar de Lévesque et Vaillancourt, nous pensons que «l'institutionnalisation d'organisations relevant des mouvements sociaux tire une grande partie de sa signification du modèle de développement de la société où elle opère» (Lévesque et Vaillancourt, 1998, p. 2). Et à l'intérieur de ce modèle, les rapports entre le tiers secteur et l'État se présentent à la manière de constantes interactions politiques qui se cristallisent à des moments précis par l'adoption de compromis donnant lieu à des formes structurelles particulières. Ce processus souvent qualifié «d'institutionnalisation» s'avère alors indispensable pour la diffusion des innovations sociales mises en place par les organismes communautaires, mais aussi pour leur stabilité et leur pérennité (Lévesque et Vaillancourt, 1998, p. 1-2). Les enjeux de l'institutionnalisation des organismes œuvrant dans le domaine de la santé et du bien-être renvoient alors pour une bonne part au mode de financement de ces organismes qui sont pour la plupart soutenus de manière importante par la logique redistributive étatique. Mais ce processus renferme un paradoxe puisqu'il tend à instaurer des rigidités

institutionnelles dans le fonctionnement de ressources qui sont justement reconnues pour leur souplesse organisationnelle et leur capacité à répondre à des situations inédites.

Si nous acceptons le postulat que la configuration organisationnelle d'un organisme découle en grande partie de ses caractéristiques institutionnelles, la mise en place de codifications rigides sur le plan des formes institutionnelles ne peut qu'entraîner des tensions avec les porteurs de ces projets qui tiennent à leur originalité et à leurs traits distinctifs par rapport aux secteurs public et privé. Ceux-ci refusent alors l'instrumentalisation de leurs activités au profit d'objectifs macrosociaux déterminés par des mécanismes technocratiques qui échappent bien souvent à leur sphère d'influence et qui sont en contradiction avec leur vision du développement social. De là toute l'importance accordée par ces derniers à l'autonomie des organismes communautaires par rapport aux institutions de l'État et leur volonté constante de se démarquer des régulations induites par les politiques publiques, reposant sur des dispositifs technocratiques générateurs de solidarités abstraites. À titre d'exemple, on peut penser que la création du Secrétariat à l'action communautaire autonome au Québec découle directement des préoccupations du mouvement communautaire à cet égard.

Cette dynamique identitaire, fortement liée à l'autonomie des organismes, se retrouve ainsi confrontée aux diverses institutions de l'État qui est considéré en tant que lieu de convergence de l'ensemble des intérêts de classe et centre de régulation des rapports sociaux au sein de la société (Beauchemin, Bourque et Duchastel, 1995). Le potentiel conflictuel qui résulte de cette confrontation – actualisé lors des périodes de crise et mis en latence dans les périodes de stabilité – trouve son apaisement dans la conclusion de compromis dont la forme finale structure la codification des rapports entre l'État et ces organismes.

Les deux Sommets socioéconomiques convoqués par le gouvernement québécois en 1996 représentent un moment très important pour la reconnaissance et la cohésion d'ensemble du tiers secteur et de ses principales composantes. Pour la première fois, les organismes du tiers secteur et les groupes de femmes sont appelés à participer à cette concertation (D'Amours, 1997). Mais ce processus de reconnaissance et d'institutionnalisation du tiers secteur a débuté bien avant cette date. On peut même dire qu'il s'est amorcé dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle avec l'émergence du mouvement coopératif (Bidet, 1997; Vienney, 1994). Quant aux composantes associationnistes du tiers secteur au Québec, leur institutionnalisation s'est réalisée progressivement, et par fragments, depuis le début des années 1970 (Vaillancourt et Favreau, 2000). Dans le domaine de la santé et du bien-être –

domaine qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de nos travaux –, cette institutionnalisation a été marquée par l'adoption de plusieurs lois et politiques de 1970 à 2001 qui ont contribué à façonner les rapports entre le MSSS et les organismes du tiers secteur.

Parmi l'ensemble des mesures adoptées, le PSOC constitue le plus ancien programme mis sur pied par le gouvernement québécois pour soutenir les organismes du tiers secteur en santé et services sociaux. Il représente également aujourd'hui le plus important de ces programmes, tous ministères confondus. Par l'entremise du PSOC, le ministère de la Santé et des Services sociaux a en effet accordé, de 1998-1999 à 2000-2001, plus de 51 % de l'aide financière gouvernementale totale destinée à ces organismes. D'un montant s'élevant à 1 million de dollars au début des années 1970, le budget du PSOC est ainsi passé à près de 336 millions de dollars en 2004-2005 sur un montant total de 631 millions accordés à l'ensemble des organismes par les différents ministères<sup>2</sup> (SACA, 2005). En 2004-2005, les sommes versées par le MSSS avaient été distribuées à plus de 3 100 organismes (SACA, 2005, p. 19).

Par son ampleur et sa longévité, le PSOC représente un élément crucial des dispositifs institutionnels mis en place par le gouvernement québécois pour favoriser le développement de services issus d'associations et d'organismes à but non lucratif, c'est-à-dire des ressources qui opèrent à partir d'un principe d'économie plurielle intégrant de manière dominante les logiques de la redistribution et de la réciprocité (et de manière plus marginale, la dynamique de marché). Cette longévité assure donc une certaine stabilité aux formes de relations développées entre l'État et les organismes soutenus par le PSOC, alors que l'importance des sommes versées a eu un impact certain sur les organismes qui en bénéficient. Ce qui, en soi, montre toute la pertinence du choix du PSOC comme point d'ancrage de notre d'étude.

De plus, ces arrangements tranchent de façon nette avec la situation observée dans d'autres ministères, notamment du côté de l'arrimage des organismes communautaires avec le ministère de l'Éducation. Dans ce dernier cas, les enveloppes budgétaires consacrées aux organismes communautaires ont en quelque sorte stagné au cours des dernières années, alors que le budget du PSOC a constamment augmenté depuis le milieu des années 1970 (Vaillancourt, 1994). Certes, cette progression ne s'est pas nécessairement traduite par une hausse correspondante des budgets des organismes, compte tenu de l'augmentation rapide du nombre d'organismes

---

2. Ces quelque 631 millions de dollars sont répartis entre environ 6 000 organismes.

sollicitant l'appui du MSSS au cours de la même période. En clair, cela signifie que les budgets alloués par le PSOC, malgré leur hausse constante, ont dû être divisés entre un nombre toujours plus élevé d'organismes, ce qui a contribué à maintenir le mécontentement des directions et des administrateurs de ces organismes concernant le sous-financement de leurs activités (Bélangier, 1999).

Malgré tout, les sommes investies sont si importantes qu'on ne peut s'empêcher d'y voir un virage du MSSS par rapport à la stratégie d'étatisation des services qui avait eu cours dans les années 1970. Cette opération majeure avait ainsi laissé en friche pendant quelque temps le secteur communautaire, coupable, d'une certaine manière, d'isomorphisme institutionnel avec les agences privées et les établissements religieux, que la réforme Castonguay-Nepveu avait précisément pour objectif de transformer. On peut penser que le gouvernement québécois craignait à l'époque de «recréer un tel réseau privé parallèle dans le cas d'organismes communautaires qui seraient demeurés autonomes dans leur fonctionnement malgré l'apport financier de l'État» (Bélangier, 1999, p. 93). Mais depuis le début des années 1990, et surtout de la réforme Côté en 1991, on assiste à une stratégie inverse de la part de l'État, soit un rapprochement avec les organismes du milieu. Cette stratégie ne s'applique pas dans la même conjoncture. Non seulement l'époque a changé, mais le contexte s'est aussi beaucoup transformé depuis une trentaine d'années : mondialisation, déficit budgétaire, vieillissement de la population, prise de conscience des effets pervers du providentialisme, etc. C'est pourquoi il est intéressant d'analyser les facteurs à la fois endogènes et exogènes au système qui ont mené à un tel revirement de situation et qui ont permis une résurgence du tiers secteur dans le domaine sociosanitaire au Québec à partir de l'évolution du PSOC.

#### **4. LES RAPPORTS ENTRE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : UNE DIVERSITÉ D'APPROCHES THÉORIQUES ET DE POINTS DE VUE**

Comme nous avons eu l'occasion de le souligner précédemment, les positions avancées par les acteurs sociaux et les thèses défendues par les chercheurs concernant les rapports entre l'État et les organismes communautaires et de l'économie sociale sont tributaires des modalités d'insertion des organismes du tiers secteur dans le modèle de développement (Lévesque et Mendell, 1999). Nous allons donc maintenant examiner de plus près les points de vue et les analyses formulés par les chercheurs et certains acteurs en fonction des transformations en cours dans le domaine sociosanitaire québécois. À cet égard, deux moments semblent

avoir donné lieu à une production scientifique plus abondante sur ce thème, soit, d'une part, l'avènement du projet de loi 120 en 1991 (la réforme Côté), qui accordait une reconnaissance plus grande aux organismes communautaires dans le système sociosanitaire, et, d'autre part, le développement de nouveaux organismes qui sont associés à l'économie sociale depuis 1997 (Jetté *et al.*, 2000).

#### 4.1. L'approche solidaire

Pour certains, que nous associons au courant de «l'économie solidaire», le réseau public de la santé et des services sociaux au Québec souffre d'une centralisation et d'une bureaucratie excessives qui limitent sa capacité à répondre adéquatement aux besoins des populations. Le système sociosanitaire est ainsi affligé d'un hospitalocentrisme rigide qui restreint les innovations possibles afin d'en améliorer le fonctionnement et l'efficacité (Vaillancourt et Jetté, 2001). La gestion hiérarchique et les formes d'organisation du travail tayloristes qu'on retrouve au sein du système entraînent un double déficit de participation des producteurs et des consommateurs de services à l'organisation et à la programmation des services collectifs (Bélanger et Lévesque, 1991 ; Vaillancourt et Lévesque, 1996). Dans ce contexte, la réforme Côté en 1991 représente un compromis intéressant puisqu'elle permet une plus grande reconnaissance des organismes du tiers secteur, notamment sur le plan régional (Proulx, 1997, p. 150-153 ; Vaillancourt, 1993, p. 10). Elle favorise également l'introduction de principes démocratiques au sein du système par la mise en place de postes électifs au conseil d'administration des établissements et des régies régionales.

À cet égard, les concepts de «complémentarité» et d'«autonomie» vont constituer les points de tension à partir desquels les acteurs sociaux en présence vont négocier leur implication respective (Proulx, 1997, p. 162). Dès lors, l'entente à laquelle a donné lieu le projet de loi 120 ne peut être interprétée comme un simple constat de soumission des organismes du tiers secteur à la logique technocratique. Cette entente doit être appréhendée dans une optique de «coopération conflictuelle» (Boucher, 1992 ; Bélanger, Boucher et Lévesque, 1994) qui fait des conditions d'institutionnalisation l'enjeu principal de l'arrimage entre l'État et les organismes du tiers secteur (Vaillancourt, 1994).

Dans la vision solidaire, les rapports entre l'État et les organismes du tiers secteur ne sont pas considérés dans le cadre d'une opposition irréconciliable. Ces rapports se tissent plutôt au sein d'une réalité complexe et nuancée et à l'intérieur des «logiques d'autonomie et de dépendance, de marges de manœuvre et d'encadrement» (Lamoureux, 1994, p. 207). Les

organismes du tiers secteur ou de l'économie sociale sont donc appelés à participer à de nouvelles structures de concertation et de partenariat qui rendent compte de l'importance et de la reconnaissance qu'ils ont acquises au cours des trente dernières années. La participation à ces instances et la recherche de nouvelles alliances deviennent alors des enjeux stratégiques fondamentaux pour ces organismes dans une période de profonde transformation du modèle de développement fordiste et providentialiste (Bélanger et Lévesque, 1992). Car si le secteur de l'économie sociale (ou le tiers secteur) ne constitue pas en soi un projet de société, il peut en revanche participer activement au renouvellement de l'État-providence (Favreau et Lévesque, 1997) et à l'émergence d'un nouveau modèle québécois de développement différent du projet néolibéral (Bélanger et Lévesque, 1992; Caillouette, 1994; Bélanger, Boucher et Lévesque, 1994; Vaillancourt et Lévesque, 1996; Vaillancourt et Favreau, 2000; Vaillancourt *et al.*, 2001; Lévesque, 2001; Lévesque, 2004).

Pour les tenants du courant solidaire, l'économie sociale dans son sens large (incluant l'action communautaire) se présente alors comme une alternative à la privatisation (Vaillancourt et Jetté, 1997) qui permet de sortir de la polarisation binaire entre étatisation et privatisation (Vaillancourt et Lévesque, 1996). Cet accroissement des organismes du tiers secteur dans l'offre de services sociosanitaires s'accompagne également d'une transformation du rôle de l'État. L'État-providence cède alors graduellement la place à un « État partenaire » qui met en place de nouveaux arrangements institutionnels faisant davantage de place aux organismes de l'économie sociale ainsi qu'aux usagers et aux instances locales et régionales dans la définition des services (Noël, 1996). Cette diversification des producteurs de services instaure une économie davantage plurielle, garante d'un plus grand équilibre entre les différents principes d'échanges économiques au sein de la société.

Dans ce contexte, la question de la démocratie et de la participation populaire s'avère cruciale, non seulement pour les organismes du secteur public, mais aussi pour ceux du tiers secteur (Jetté *et al.*, 2000; Lévesque, 1999). Par contre, les modalités concrètes de cette interpellation du secteur public par le tiers secteur restent peu explicitées par l'analyse solidaire. Si la présence croissante des organismes du tiers secteur témoigne indéniablement d'un rééquilibrage de l'offre de services au sein du système sociosanitaire, considéré à partir des quatre secteurs, l'hypothèse d'une hybridation accrue des modes de fonctionnement au sein même du réseau et des établissements publics reste à démontrer. Et puisque certains concepts tels que la décentralisation et la participation sont partagés à la fois par les partisans du néolibéralisme et des mouvements sociaux – selon des modalités qui divergent dans leur application –, le débat reste ouvert entre l'analyse solidaire et les autres formes d'analyse quant au sens à donner aux transformations en cours.

## 4.2. L'approche structuraliste

Parmi les écrits scientifiques recensés concernant le projet de loi 120 et la transformation des rapports entre les organismes communautaires et le MSSS, certains présentent une position critique – que nous qualifions de structuraliste – puisqu'elle infère une détermination forte de l'action collective par les formes structurelles de la société, elles-mêmes hégémonisées par l'appareil techno-bureaucratique de l'État. L'analyse de la situation faite par les tenants de cette vision renvoie ainsi constamment à la quasi-impossibilité des acteurs sociaux de faire valoir toute forme d'autonomie à travers les mécanismes d'institutionnalisation qui encadrent les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires. Ces mécanismes agiraient comme autant de déterminants contre lesquels l'action communautaire doit se prémunir si elle veut garder son autonomie. Les chercheurs et les acteurs de ce courant analysent donc les rapports État-communautaire principalement en termes de récupération et de tutélarisation du public sur la société civile. Les organismes communautaires sont ainsi soumis à la « productique sociale », c'est-à-dire à des « pratiques technocratiques visant la programmation des rapports sociaux » (Parazelli, 1992, p. 127). Cette vision des rapports entre l'État et les organismes communautaires s'inspire d'une « interface triangulaire » réunissant autour d'un même modèle « la communautaire » (création par l'État de pseudo-organismes communautaires pour contrôler le social), la gestion du travail social par ordinateur (afin de standardiser les situations et les plans d'intervention) et l'approche épidémiologique (affirmant le pouvoir médical sur le social).

De manière générale, la thèse du contrôle social est omniprésente et laisse finalement peu d'espace aux acteurs sociaux dont l'action politique se dissout immédiatement au contact des productions institutionnelles et des représentations idéologiques émanant des appareils d'État. Dans ce contexte, toute forme de rapport avec l'État ne peut conduire qu'à une dégénérescence du projet initial, porteur du seul véritable sens de la démocratie dans la société. Le recours, par l'État, aux organismes communautaires ne représente en fait qu'une manœuvre « de diversion nécessaire pour nourrir un désir d'unité politique entre la société civile et les appareils d'État afin d'atténuer les contrecoups politiques causés par les politiques d'appauvrissement de masse » (Parazelli, 1997, p. 19).

En fait, la reconnaissance des organismes communautaires par la Loi de 1991 (chapitre 42) entraîne littéralement une « implosion institutionnalisante » de ces organismes qui se retrouvent désormais dans une situation de « symbiose obligée avec l'État » (Doré, 1992, p. 149-150). Dans cette nouvelle conjoncture, « les organismes communautaires sont exposés plus que jamais à devenir un système d'action pour lui-même », ce qui

les éloigne de leur objectif fondateur de participation citoyenne visant le changement social que leur avait insufflé l'animation sociale à ses débuts (*ibid.*, p. 150-151). Par ailleurs, à partir de 1996, les organismes de l'économie sociale seront eux aussi évalués dans le cadre de cette même rigidité institutionnelle, ce qui ne peut que les rendre suspects d'appartenir à ce même « modèle communautaire de la misère politique » (Parazelli et Tardif, 1998, p. 59).

En somme, dans la perspective mise de l'avant par l'approche structuraliste, les rapports entre l'État et les organismes communautaires et de l'économie sociale sont quasiment impossibles à envisager, sinon sous le mode de la domination du premier sur les seconds. Les organismes de l'économie sociale se retrouvent alors instrumentalisés au profit d'une vision technocratique du système sociosanitaire d'où est évacuée, par le fait même, toute possibilité d'émancipation politique pour les acteurs sociaux de la société civile. Ne reste plus alors pour ces organismes qu'une mise à la marge forcée (Doré, 1992), au sein d'un espace social qui les soustrairait pratiquement à toute forme de concertation ou de collaboration avec l'État.

#### 4.3. Le point de vue stratégique ou ambivalent

Plusieurs analyses peuvent aussi être rangées dans cette catégorie que nous qualifions de position ambivalente ou stratégique, soit parce qu'elles hésitent à caractériser les processus d'institutionnalisation en cours touchant les organismes du tiers secteur et à prendre clairement position par rapport à eux, soit parce qu'elles émanent directement des acteurs du tiers secteur. Il s'agit alors d'un discours dont le contenu analytique doit être considéré sous l'angle de sa portée stratégique. Ce point de vue se caractérise par la recension et la mise en relief à la fois d'impacts positifs et négatifs résultant de ces processus (avec un bilan souvent plus négatif que positif). La synthèse de l'analyse de ces auteurs souffre toutefois d'un certain flottement théorique (qui les amène malgré tout à conclure, par exemple, à l'hégémonie du néolibéralisme), ce qui renvoie finalement le lecteur soit à sa propre interprétation du phénomène, soit dans bien des cas à une lecture plutôt déterministe des rapports entre l'État et les organismes du tiers secteur. Réticente à condamner le partenariat et la concertation, la position ambivalente ne parvient pas pour autant à se soustraire totalement à une analyse structuraliste.

Ces analyses ambivalentes ont occupé une place importante dans les débats actuels concernant l'économie sociale et les organismes communautaires au Québec comme en fait foi le rapport remis par le Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale intitulé *Entre l'espoir et le*



*doute* (1996). Cette ambivalence entre «l'espoir et le doute» fut également reprise par certains porte-parole du mouvement des femmes et du milieu communautaire pour illustrer leur position concernant l'économie sociale (Guay, 1997). Si l'on ajoute aux textes que nous avons recensés ceux provenant de la critique féministe ambivalente (que nous analyserons à la section suivante), on peut penser que cette position regroupe probablement le corpus littéraire le plus important concernant l'économie sociale et le tiers secteur au Québec<sup>3</sup> (Guay, 1991; Panet-Raymond, 1991, 1994; H. Lamoureux, 1994; TRPOCB, 1995, 1998; Fournier, 1997; Dumais, 1999; White, 2001).

Dans cette mouvance, les analyses se distribuent sur un continuum allant d'une perspective potentiellement émancipatrice à une autre faisant ressortir davantage – tout en maintenant une certaine ouverture – les dangers de récupération et de contamination des organismes du tiers secteur dans leurs rapports avec l'État. Comme l'analyse ambivalente émerge souvent de personnes et de lieux situés près des acteurs sociaux concernés par le partenariat, ses préoccupations sont souvent d'ordre stratégique. On récuse ainsi la vision de complémentarité du MSSS envers l'action des organismes au sein du système sociosanitaire (Guay, 1991; Fournier, 1997). On insiste surtout sur le «choc des cultures» entre ces deux univers institutionnels et les difficultés soulevées par la participation aux instances de concertation, depuis l'instauration de la LSSSS de 1991 (Panet-Raymond, 1994, p. 87; TRPOCB, 1995, p. 29; H. Lamoureux, 1994, p. 41; Fournier, 1997, p. 57).

Par contre, sur un registre mettant davantage en relief leurs potentialités, on souligne que la nouvelle reconnaissance dont disposent les organismes a amené un resserrement et une intensification des concertations entre eux, ce qui ne peut qu'accroître la cohésion du secteur (Guay, 1991). Néanmoins, tous sont appelés à «une grande vigilance» puisque cette reconnaissance s'accompagne d'enjeux sur les plans économique, politique, professionnel et éthique (Dumais, 1999, p. 189-193).

La question éthique est d'ailleurs soulevée de manière explicite ou implicite par plusieurs analystes. Dans un cas comme dans l'autre, elle renvoie au maintien d'une certaine cohérence par rapport aux valeurs auxquelles adhère le milieu communautaire. En d'autres termes, les nouvelles formes structurelles mises en place pour institutionnaliser les rapports entre les organismes communautaires et l'État seront acceptables si elles favorisent les principes «de justice, de solidarité, de démocratie, de

---

3. À noter que ces références ne constituent pas une liste exhaustive, mais plutôt une illustration de notre affirmation quant à l'importance de ce courant dans la littérature.

responsabilité, de compassion, d'autonomie, de respect de la dignité humaine» chers à ces organismes (H. Lamoureux, 1994, p. 35). Mais certains jugent que tel n'est pas toujours le cas. En effet, si «ce courant qui vise à inventer un nouveau modèle de développement avec la participation du milieu communautaire apparaît irréversible», ce même milieu communautaire doit malgré tout se méfier des orientations prises par les nouveaux arrangements institutionnels émanant du MSSS qui ne correspondent pas nécessairement à une véritable régionalisation des services (TRPOCB, 1995, p. 41).

Finalement, d'aucuns expriment la crainte de voir apparaître une scission au sein du mouvement communautaire dont la ligne de partage se situerait entre, d'une part, des groupes relativement bien financés offrant des services dans le domaine sociosanitaire et dont l'institutionnalisation repose sur des ententes formelles avec le MSSS, notamment à travers le PSOC, et, d'autre part, des groupes qui refusent de participer à un partenariat qu'ils jugent non conforme à leur mission et qui s'en trouveraient pénalisés financièrement, ou des groupes dont la mission cadre mal avec les priorités de l'État (comme par exemple la défense de droits) (TRPOCB, 1995; Panet-Raymond, 1994).

Des analystes voient même dans l'émergence de l'économie sociale au Québec une manière pour l'État «de maîtriser un mouvement» orienté initialement vers la responsabilité collective des communautés (White, 2001). Cette récupération se serait d'abord réalisée par l'entremise de l'action communautaire professionnelle en CLSC qui aurait fini par «entraîner l'éclatement du mouvement communautaire» au cours des années 1970 en drainant vers ces institutions plusieurs organisateurs communautaires qui furent par la suite rapidement «domptés» à travers le processus d'institutionnalisation subi par ces établissements (*ibid.*, p. 37). Dans ce contexte, l'économie sociale représenterait une seconde opération de récupération à la suite de l'essor connu par le mouvement communautaire à partir des années 1980.

Le point de vue ambivalent ou stratégique n'est donc pas exempt d'ambiguïtés. Ainsi, pour apporter un contrepoids aux dangers de récupération toujours présents, et surtout très souvent évoqués dans ses analyses, il fait référence, tantôt directement, tantôt évasivement, aux possibilités de renouvellement des pratiques du tiers secteur. Ce point de vue témoigne donc, à divers degrés, de son refus d'avaliser complètement une position qui condamne les acteurs sociaux à l'impuissance dans le processus actuel de transformation des institutions fordistes et providentialistes. C'est d'ailleurs ce qui le distingue (mais pas uniquement) de la critique structuraliste. Dès lors, malgré les dangers constitutifs de ces nouveaux rapports avec l'État, des possibilités de développement

peuvent être envisagées sur la base, notamment, de regroupements qui permettraient un meilleur rapport de force avec le MSSS (Panet-Raymond, 1994; TRPOCB, 1995; Fournier, 1997).

#### 4.4. Le point de vue féministe

Le point de vue féministe s'est également fait entendre de manière importante dans les débats sur le tiers secteur communautaire et l'économie sociale, ne serait-ce qu'en raison de la présence d'une très grande majorité de femmes dans les organismes communautaires et dans le domaine plus spécifique des services sociosanitaires. Le point de vue féministe met aussi en évidence le fait que les services dont il est question touchent principalement les femmes (AFEAS *et al.*, 1998; Lamoureux, 1998; Conseil du statut de la femme, 1996; Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale, 1996). Cette analyse s'est imposée à la faveur de l'action entreprise par le mouvement des femmes, puisque c'est à la Fédération des femmes du Québec qu'on doit en grande partie la résurgence médiatique de la question de l'économie sociale dans son sens large (incluant l'action communautaire).

L'analyse féministe apparaît tout de même assez divisée concernant la position à adopter à l'égard de l'économie sociale. Dans certaines de ses composantes, cette critique se présente comme le prolongement de l'analyse structuraliste. Les rapports avec l'État ne peuvent alors mener qu'à l'excroissance du volet de services des organismes, impliquant une professionnalisation et des besoins financiers accrus, au détriment d'une véritable pratique féministe autonome faite de militantisme bénévole et de rapports égalitaires entre usagères et praticiennes (Lamoureux, 1990; Couillard et Côté, 1993).

L'avènement de l'économie sociale sur la scène publique à partir de 1996 va être évalué sur la base des mêmes perceptions. On dénonce alors l'utilisation de l'économie sociale comme « placebo » se substituant à de véritables solutions aux problèmes sociaux (Lamoureux, 1998). Mise en perspective par rapport aux avancées obtenues par les femmes à travers les institutions providentialistes, l'économie sociale est considérée comme « un miroir aux alouettes » qui ne peut faire l'affaire que d'un gouvernement qui souhaite le démantèlement de l'État-providence et qui cherche à récupérer l'action des femmes qui luttent contre la pauvreté (*ibid.*, p. 53). L'État québécois utiliserait d'ailleurs l'économie sociale comme un « gisement de travail obligatoire » afin de réduire le droit à l'aide sociale (Boivin, 1998). L'analyse féministe structuraliste voit ainsi, dans l'économie sociale, un prolongement du projet néolibéral axé essentiellement sur la recherche de la réduction des coûts associés aux programmes sociaux.

D'autres éléments de l'analyse féministe témoignent par contre d'une position plus pragmatique qui reconnaît le potentiel progressiste de l'économie sociale et du tiers secteur pour les femmes, tout en maintenant une certaine ambivalence par rapport à son développement, compte tenu des dangers qui guettent le processus d'institutionnalisation de ces organismes (Conseil du statut de la femme, 2000, 1996, 1995; Côté et Fortin, 1994). «Le rapport ambivalent que les groupes de femmes entretiennent avec l'État» provient notamment du fait que «si l'on souhaite disposer de plus de moyens, l'on ne veut pas (pour autant) plus d'État» (Tremblay, 1995, p. 147). Ce rapport «amour-haine» rend compte «d'un rapport problématique à l'État» qui n'est d'ailleurs pas uniquement le fait des groupes de femmes, mais du milieu communautaire dans son ensemble (Guay, 1997, p. 145).

De plus, l'émergence du tiers secteur (incluant l'économie sociale) dans le contexte du virage ambulatoire amène certaines analystes à se demander si les nouveaux dispositifs mis en place vont permettre «de défaire des formes existantes de domination que subissent les femmes» ou, au contraire, «en instituer de nouvelles» (AFEAS *et al.*, 1998, p. 101). Méfiance et suspicion sont donc à l'ordre du jour au sein du mouvement des femmes quant au rôle que l'État québécois entend faire jouer au tiers secteur dans le contexte de restructuration du système sociosanitaire. Malgré «beaucoup de désillusions» dans le dossier de l'économie sociale, plusieurs groupes de femmes préfèrent encore batailler pour faire reconnaître par l'État une «conception inclusive» et large de l'économie sociale, plutôt que de s'opposer purement et simplement à son développement (D'Amours, 1999b, p. 17).

La question de la substitution des emplois féminins du secteur public par des emplois moins bien rémunérés dans le secteur de l'économie sociale est d'ailleurs au cœur du débat concernant les femmes et le développement de l'économie sociale. Il faut se rappeler que l'essor de l'État-providence a permis de rapatrier dans la sphère publique – et ainsi de créer des emplois relativement bien payés pour les femmes – des tâches et des activités qui avaient, jusque-là, été du ressort de la production domestique dans la sphère privée (comme les services sociaux aux personnes âgées ou handicapées, les soins à la petite enfance, etc.). Ce transfert de ressources et de responsabilités du secteur informel vers le secteur public a représenté à l'époque une victoire importante pour toutes celles qui militaient en faveur d'une reconnaissance sociale du travail féminin non rémunéré. On comprend ici que l'avènement d'un tiers secteur de services de proximité, composé en majeure partie d'emplois féminins dont les définitions de tâches s'apparentent, à plusieurs égards, au travail réalisé par des femmes dans le secteur public (comme celui des auxiliaires familiales en CLSC, par exemple), en inquiète plusieurs.

#### 4.5. L'approche sociopolitique

Enfin, un dernier point de vue aborde la question des rapports entre l'État et le tiers secteur davantage en termes de projet politique visant la transformation de la société. Dans cette optique, on ne dénie pas aux organismes la capacité de transformer les rapports sociaux, ni même celle d'influencer l'organisation des services à l'intérieur même des institutions publiques, mais jusqu'à présent, ce potentiel serait resté largement inopérant, compte tenu de la dispersion des pratiques du tiers secteur et de l'absence de théorie satisfaisante concernant leur rapport avec l'État (Graefe, 1999). L'enjeu central ne serait donc pas tant de faire reconnaître le tiers secteur comme acteur pouvant contribuer à résoudre la crise de l'État-providence, ce qui pourrait être considéré comme un acquis (contesté, rappelons-le, par la critique structuraliste), « mais [d']apporter des réponses avant tout politiques à la question pressante de savoir comment des groupes communautaires dispersés peuvent constituer un mouvement étroitement soudé, capable de faire reconnaître ses revendications et ses projets au sein de l'État et contre le marché » (*ibid.*, p. 139).

Cette unité difficile à cerner trouverait son explication dans le fait que les promoteurs du tiers secteur sont des acteurs sociaux dominés, porteurs de projets réformistes visant « une insertion différenciée dans une économie de marché dynamisée par le capitalisme » (Bourque, 1999, p. 42). Pour les partisans de l'analyse sociopolitique, il s'agit donc de dépasser les analyses centrées sur la contribution économique de ces organismes, puisque de toute façon ils ne disposent pas du poids économique nécessaire à la transformation des régimes d'accumulation, afin d'insérer leur action dans « une théorie plus large du politique » (*ibid.*, p. 41). Dans cette perspective, il serait possible d'envisager un « mouvement d'économie sociale » qui pourrait apporter une contribution significative principalement sur le plan de la citoyenneté active et d'un processus de débureaucratization de la prestation de services.

Quant à la participation des organismes du tiers secteur aux instances de concertation et de partenariat, elle sera fructueuse dans la mesure où elle permettra « le renforcement et l'élargissement des institutions de la démocratie représentative » (*ibid.*, p. 44). Et cette condition sera respectée si l'on évite le chevauchement des structures démocratiques, auquel pourrait donner lieu la mise sur pied d'institutions parallèles qui viendraient concurrencer les instances déjà en place aux plans municipal et national. En d'autres termes, il faudra que l'économie sociale résiste à la tentation du corporatisme qui, le cas échéant, pourrait entraîner « la production des règles d'institutionnalisation de la société québécoise sur la base de *deals* conclus entre les élites [...] » (*ibid.*, p. 44).

## 5. L'ÉCONOMIE PLURIELLE COMME RÉPONSE (PARTIELLE) À LA CRISE DE L'ÉTAT-PROVIDENCE

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la crise de l'État-providence s'est d'abord manifestée par une crise des finances publiques doublée d'une crise des formes d'organisation du travail tayloriste (ou quasi tayloriste) (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987; Bélanger et Lévesque, 1990). Cette double crise s'est également matérialisée par la persistance d'importantes inégalités en matière de soins de santé et de bien-être (White, 1991; Townson, 1999; Marmor, Barer et Evans, 1996) et par la difficulté, voire dans certains cas l'incapacité, des systèmes providentialistes d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins relevés par les nouveaux mouvements sociaux, fortement liés aux déterminants sociaux de la santé (Evans et Stoddart, 1996; Gouvernement du Québec, 1992). Les propositions avancées pour remédier à ces défaillances doivent donc favoriser la participation des usagers et des producteurs à l'organisation des services et apporter des réponses à «la nouvelle question sociale» (Rosanvallon, 1995). Cette nouvelle question prend la forme d'une remise en cause de la solidarité assurantielle telle qu'elle a été conçue au cours des trente glorieuses et signe l'échec des dispositifs providentialistes mis en place pour favoriser l'insertion des personnes marginalisées, victimes non seulement de «désinsertion» socioéconomique (Roy, 1995) mais aussi, dans les structures sociales de la société postindustrielle ou postfordiste, de «désaffiliation» (Castel, 1995). Ce déficit de socialisation et les pertes qui en découlent pour les individus sur le plan des réseaux de soutien et d'échange ne peuvent être compensés par les mécanismes habituels de l'État-providence qui engendrent plutôt «des solidarités abstraites et médiatisées» par des institutions bureaucratiques (Enjolras, 1998, p. 224).

Ce constat de crise du lien social renvoie alors à la conception même du progrès social, longtemps défini comme la simple réduction des inégalités économiques. Il faut plutôt «repenser l'inégalité» afin de l'analyser sous un angle nouveau permettant d'en saisir, non seulement les aspects matériels, mais aussi toute la complexité du point de vue de ses ramifications sociales et culturelles. Cette nouvelle perspective permettrait d'agir concrètement sur les «capabilités» des individus et des communautés afin qu'ils puissent améliorer leur situation à partir des dispositifs et des ressources qui peuvent être mis à leur disposition et saisir les opportunités qui peuvent leur être offertes (Sen, 2000). Dans ce contexte, c'est le contenu même du concept de justice sociale qui doit être revu et débattu de manière démocratique afin que de nouvelles pratiques sociales viennent «se substituer à une vision étroitement juridique de l'égalité des droits ou à une conception purement mécanique de la redistribution» (Rosanvallon, 1995, p. 222).

Toutefois, ces critiques concernant les modalités d'application de la philosophie, propres au providentialisme, ne doivent pas conduire à un rejet en bloc de ses institutions, ni des principes qui sous-tendent son fonctionnement. L'État-providence a permis jusqu'à un certain degré la «démarchandisation» du travail en protégeant les travailleurs des risques sociaux inhérents au chômage, à la maladie et aux incapacités de toutes sortes (Esping-Andersen, 1999). Dans le domaine sociosanitaire, l'instauration du providentialisme au Québec a permis une amélioration sensible de l'état de santé et de bien-être des populations, une accessibilité accrue aux services par la gratuité et le développement de tout un réseau public d'établissements disséminés à la grandeur du territoire, une bonification des conditions de travail par la syndicalisation du personnel œuvrant dans ses établissements (Boucher et Jetté, 1998) ainsi qu'une plus grande reconnaissance de l'utilité sociale de plusieurs catégories d'emplois occupés majoritairement par les femmes (infirmières, travailleuses sociales, etc.) (Lamoureux, 1998).

Un tel constat incite à se prémunir contre les critiques sous tous azimuts du providentialisme formulées par les partisans d'une régulation par le marché qui ont largement exagéré ses défaillances et n'ont jamais pu véritablement faire la démonstration de l'inefficacité du principe général de redistribution à l'œuvre au sein de l'État-providence. Ce principe demeure toujours viable et pertinent pour assurer un large filet de protection sociale aux populations (Enjolras, 1999). Par contre, l'inadaptation des formes institutionnelles de cette redistribution aux exigences des nouvelles demandes sociales ne semble plus faire de doute. La solution passe donc par une transformation radicale des modes d'intervention qui sache s'appuyer sur certains acquis du système (gratuité, accessibilité, universalité), tout en favorisant l'intégration des innovations sociales produites par certaines expérimentations réalisées précisément pour pallier les limites du providentialisme (Lévesque et Vaillancourt, 1998).

Pour être en mesure de progresser sur la voie de ces «nouvelles pratiques sociales» (Vaillancourt, 1988a, 1993), notre argumentaire doit faire appel aux travaux réalisés par des chercheurs issus du courant de «l'économie solidaire» (Lévesque, Bourque et Forgues, 2001, p. 57-88). En effet, parmi tous les courants de la nouvelle sociologie économique, le courant de l'économie sociale et solidaire est celui qui s'est probablement le plus attardé à la réflexion théorique ainsi qu'à l'analyse des alternatives et des expérimentations permettant de dépasser le providentialisme (Jetté *et al.*, 2000). Partageant une proximité théorique et conceptuelle certaine avec le paradigme du don tel que développé par le Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales (MAUSS) (Caillé, 1994) – et sur lequel nous nous sommes d'ailleurs appuyé pour développer une partie de notre cadre

théorique –, les tenants de cette approche ont également été fortement influencés par la critique du fordisme et du providentialisme avancée par l'école de la régulation (Lévesque, Bourque et Forgues, 2001, p. 60). Mais en comparaison avec cette dernière, l'économie solidaire est davantage marquée par la pensée de Polanyi (Polanyi, 1944) qui permet de repenser l'articulation des dimensions économiques et sociales des sociétés (Laville, 1992, 1994).

Cet apport des thèses de Polanyi se situe principalement dans l'intégration au corpus théorique d'une définition substantive de l'économie appelant la distinction entre trois pôles de développement à partir desquels se fondent les échanges de biens et de services (Polanyi, 1944, p. 71-101), soit le principe de la *réciprocité* dans lequel les biens et les services sont échangés à partir de la dynamique du don ; le principe de la *redistribution* qui permet à une instance centrale de recueillir et de redistribuer des ressources (matérielles, financières ou humaines) et le principe du *marché* (échanges marchands) dont les institutions se sont progressivement développées à partir du XIX<sup>e</sup> siècle.

En vertu de cette taxinomie des comportements économiques, les sociétés industrielles et postindustrielles occidentales ont été façonnées prioritairement par le pôle marchand. Et ce, même si, comme nous avons pu le voir dans la section consacrée à l'émergence des États-providence, les économies axées sur le don et la redistribution ont graduellement reconquis, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, mais sur des bases différentes, une partie du territoire cédée aux rapports marchands au cours du XIX<sup>e</sup> siècle.

L'émergence récente d'une économie du tertiaire axée de manière prépondérante sur le développement des services (matériels et relationnels) a contribué à rendre caduques les anciennes régulations (Gadrey, 2000) ainsi que les modalités d'intégration sociale qui y étaient associées (Perret et Roustang, 1993). Cette nouvelle conjoncture a favorisé le redéploiement du couple marché-redistribution. D'une part, la contestation de la norme de consommation entraîne un déplacement des finalités du travail, établies d'abord sur les indicateurs de niveau de vie, vers la prise en compte du mode de vie. D'autre part, au sein des nouvelles économies tertiariées, la qualité de la production prend une importance jusque-là inconnue. La question des modes d'évaluation va donc être soulevée, particulièrement dans le domaine des services relationnels, puisque peu de gains de productivité sont susceptibles d'être obtenus par les formes traditionnelles d'encadrement ou de rationalisation des services. Désormais, producteurs et usagers seront appelés à œuvrer conjointement à la définition et à la mise en opération des activités d'évaluation (Laville, 2001 ; Gadrey, 2000 ; Perret et Roustang, 1993).



Pour remplacer la synergie entre État et marché propre aux institutions providentialistes de la société industrielle, les chercheurs de l'économie solidaire proposent donc une nouvelle dynamique macrorégulatrice à trois composantes faisant davantage appel au principe réciprocitaire qu'ils associent principalement à l'économie solidaire (Laville, 1992, p. 152; Laville, 1994, p. 88; Eme *et al.*, 1996). Alimentée par des initiatives provenant de la société civile, sur la base d'une participation démocratique des usagers et d'auto-organisation de services d'utilité sociale (éducation populaire, aide domestique, entraide, etc.), cette économie solidaire est principalement constituée d'associations et de coopératives qui ont un certain nombre de points communs, dont l'un des plus significatifs est le recours à une pluralité de principes économiques pour assurer l'émergence et le fonctionnement de leurs activités. Cette approche, qualifiée «d'économie plurielle», ne se déploie donc pas uniquement sur un plan macrosociologique ou sociétale, elle trouve une correspondance à l'intérieur même des formes organisationnelles et institutionnelles des organismes de l'économie sociale et solidaire en misant sur une hybridation des principes redistributif (par exemple, des subventions étatiques), marchand (par exemple, la cotisation des membres) et réciprocitaire (par exemple, l'implication libre et bénévole de certains membres) (Laville et Sainsaulieu, 1997; Laville, 2001).

Cet objectif de pluralité et d'hybridation des pôles économiques est central dans l'approche de l'économie solidaire puisque la société ne peut pas fonctionner sur la base d'un seul de ces principes. «Toutes les grandes catastrophes politiques et économiques du XX<sup>e</sup> siècle ont toujours tenu à une sorte de fétichisation d'un de ces trois pôles, à une tentative de vouloir résorber deux des trois logiques économiques en une seule» (Caillé, 1996, p. 20). Qu'on songe par exemple aux grands dispositifs redistributifs et centralisateurs de l'empire soviétique ou à l'avènement du marché autorégulateur au XIX<sup>e</sup> siècle, dont certains tenants du néolibéralisme tentent aujourd'hui de s'inspirer pour imposer un nouveau modèle de développement.

C'est d'ailleurs à partir de débats autour de la présence ou non de cette configuration d'économie plurielle au sein des organismes et des entreprises que certains ont cherché à rendre plus ou moins inclusive l'appartenance à l'économie sociale et solidaire ou au tiers secteur. À partir de textes et de travaux de recherche européens (Defourny et Monzón Campos, 1992; Vienney, 1994) et québécois (Chantier de l'économie sociale, 1996), un compromis semble toutefois s'être établi depuis le milieu des années 1990, au Québec du moins, sur une définition large et inclusive des composantes de cette économie sociale et solidaire. Cette définition a d'ailleurs été reprise et synthétisée dans de nombreux articles et documents (Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003; Vaillancourt *et al.*, 2001; Lévesque et Mendell, 1999; Lévesque et Vaillancourt, 1998; Lévesque et Ninacs, 1997;

Vaillancourt et Labesse, 1997). Elle a également été entérinée, dans son principe général, par le gouvernement du Québec, même si l'application que ce dernier en fait, dans le cadre des politiques et des programmes de financement, semble plus restrictive et orientée davantage en fonction de ses composantes entrepreneuriales (D'Amours, 1999a, 2001). Ainsi, l'économie sociale (ou le tiers secteur) est constituée d'entreprises et d'organisations dont la spécificité est de combiner un groupement ou une association de personnes plutôt que d'actionnaires avec une entreprise ou une organisation produisant des biens et/ou des services afin de satisfaire certains besoins exprimés par les membres de l'association. Cette caractéristique permet donc de cibler (mais pas nécessairement dans leur totalité) les organismes communautaires, les coopératives et les OBNL comme des composantes essentielles de l'économie sociale (Jetté *et al.*, 2000, p. 12-14).

Après avoir posé les principaux paramètres du tiers secteur, il est maintenant possible de distinguer ses composantes de celles de trois autres secteurs économiques. En effet, plusieurs auteurs européens identifient l'économie sociale à un « tiers secteur » de l'économie. Cette appellation provient du souci de distinguer les entreprises de l'économie sociale à la fois de celles du premier secteur, soit de l'économie marchande (le marché) de celles du deuxième secteur, soit de l'économie publique (l'État et ses prolongements dans le réseau public et parapublic), et de celles du secteur informel, c'est-à-dire l'économie domestique (les aidants naturels, par exemple). Cette représentation d'un troisième secteur renvoyant à un secteur de l'économie parmi un ensemble de quatre secteurs fait l'objet d'une reconnaissance théorique dans les travaux de plusieurs chercheurs européens (Evers et Laville, 2004; Enjolras, 1995; Kendall et Knapp, 1995; Taylor, 1995; Smith, Rochester et Hedley, 1995; Perri 6 et Vidal, 1994; Defourny et Monzón Campos, 1992). Nous avons d'ailleurs repris cette argumentation dans certains travaux auxquels nous avons participé (Vaillancourt et Jetté, 1997). Ce concept de tiers secteur nous permet donc d'examiner la place occupée par ces organismes dans la fourniture des services de santé et de bien-être, aux côtés des trois autres secteurs. C'est là un aspect important de notre analyse puisque, dans le contexte actuel de crise de l'État-providence, on assiste à une reconfiguration de l'offre de services entre ces quatre secteurs (Vaillancourt *et al.*, 2001; Jetté *et al.*, 2000; Vaillancourt et Jetté, 1997).

Une dernière remarque s'impose concernant les concepts d'économie sociale et de tiers secteur. Au Québec, à partir du milieu des années 1990, la qualification de certains organismes communautaires « d'économie sociale » a indisposé certains promoteurs d'organismes que nous incluons théoriquement dans la définition large de l'économie sociale. Les réserves manifestées par certains à cet égard – pour ne pas dire l'hostilité dans certains cas – dérivent pour une bonne part d'une vision univoque du concept d'économie

qui renvoie alors à sa définition restreinte et générale se superposant à celle d'économie de marché. De surcroît, comme le projet politique des organismes communautaires entre généralement en contradiction avec les principes de l'économie de marché, il n'était pas surprenant que plusieurs travailleurs et militants communautaires refusent de voir désigner leurs organisations sous une nouvelle appellation empreinte d'ambiguïtés par rapport à leurs caractéristiques fondamentales. De plus, la définition restrictive de l'économie sociale adoptée finalement par le gouvernement du Québec (du moins, au plan de l'opérationnalisation de ses politiques) n'a fait que renforcer cette perception de récupération des forces vives des milieux communautaires afin de les insérer au sein de projets étatiques ou marchands.

Étant donné la controverse qui entoure l'utilisation de ce concept et l'usage courant du terme « organisme communautaire » pour désigner au Québec les organisations œuvrant dans le domaine de la santé et du bien-être, nous allons employer ce terme « d'organisme communautaire » dans la suite de ce livre. Néanmoins, le lecteur pourra considérer comme équivalentes les expressions « tiers secteur » ou « tiers secteur communautaire ». Nous ferons fréquemment référence à ces expressions afin de souligner l'appartenance de ces organismes à un secteur économique particulier, distinct des secteurs public et privé, et porteur de ses propres enjeux. Nous conserverons l'appellation « d'économie sociale » pour décrire les organisations se référant explicitement aux infrastructures d'économie sociale mises en place par le gouvernement du Québec en 1996 (par exemple, les entreprises d'économie sociale en aide domestique) ou celles se définissant elles-mêmes par ce concept.

## 6. UNE ANALYSE CONSTRUITE À PARTIR DE TROIS APPROCHES THÉORIQUES

Nos travaux font principalement appel à trois approches théoriques à la fois distinctes et complémentaires qui permettent de tenir compte des diverses dimensions de notre objet d'étude. Elles reconnaissent toutes trois une certaine capacité d'action aux acteurs sociaux dans leurs transactions avec l'État ou entre les groupes de la société. Ces trois approches ne présument pas de sens univoque à l'histoire et admettent l'existence d'une pluralité parmi les formes sociales et économiques ainsi que les logiques d'action qui régissent les sociétés industrielles. Ces approches renvoient à la théorie des mouvements sociaux (Neveu, 2002 ; Melucci, 1983 ; Touraine, 1978), à l'école de la régulation (Boyer et Saillard, 2002 ; Bélanger et Lévesque, 1991 ; Aglietta, 1976) ainsi qu'à l'économie des grandeurs (Boltanski et Thévenot, 1991 ; Boltanski et Chiapello, 1999). De la première, nous avons principalement retenu le potentiel heuristique en termes d'identification et d'analyse des conflits sociaux qui traversent les sociétés industrielles, ainsi que la capacité

de circonscrire les acteurs sociaux associés aux processus de production et de reproduction des sociétés. De la deuxième, nous avons emprunté les concepts de compromis institutionnalisés entre les acteurs sociaux, de modèle de développement et, bien entendu, de fordisme et de providentialisme pour décrire les formes prises par le modèle de développement dans les sociétés industrielles au cours des trente glorieuses (et au Québec à partir des années 1960). Par contre, l'utilisation que nous avons faite de l'approche de l'économie des grandeurs exige quelques précisions supplémentaires étant donné sa grammaire particulière et les modifications que nous lui avons fait subir afin de l'adapter à notre objet d'étude, soit les organisations publiques et associatives offrant des services de type relationnel dans le domaine socio-sanitaire (Jetté, 2001, 2003).

L'approche de l'économie des grandeurs repose sur le constat que les individus ont une capacité d'établir des rapprochements entre ce qui importe et de s'entendre sur des formes d'accord ou de généralités. Et parmi tous les rapprochements possibles que les individus peuvent faire – leur potentiel étant infini –, seuls ceux qui ont la propriété d'être communs et communicables vont faire l'objet d'une attention spéciale, car ils soutiennent des justifications dont les éléments trouvent leur expression publique la plus visible au moment des conflits ou des disputes, alors que sont remis en question ces accords touchant les coordinations à l'intérieur des organisations (Boltanski et Thévenot, 1991).

Ces justifications se définissent de diverses manières, selon les principes supérieurs mis en cause dans une situation. On parlera, par exemple, de la pertinence d'une habitude justifiée par la tradition (principe domestique), de l'éclair de génie ayant mené à la découverte d'un nouveau procédé (principe de l'inspiration) ou de la fiabilité d'un procédé technique justifiée par la mesure d'appareils scientifiques (principe industriel). Chacune de ces justifications fait appel à un ordre de généralité différent reposant ultimement sur des principes philosophiques constitués historiquement (Le *Léviathan* de Hobbes, *Le contrat social* de Rousseau ou *La Cité de Dieu* de saint Augustin). Afin de concilier, au sein d'un même ordre social, une pluralité de formes d'accord reposant sur des justifications différentes, Boltanski et Thévenot ont élaboré «un modèle commun de cité» auquel correspondent des formes ou des principes légitimes d'accord à partir desquels seront réglés les conflits.

Cette identification de systèmes de généralité cohérents a finalement amené Boltanski et Thévenot à élaborer un cadre général par lequel il est possible de traiter à la fois les exigences de justice pour les hommes et les exigences de justesse pour les choses. Or, une justification acceptable, se situant par rapport à un ordre de généralité, nécessite la mise en place de

dispositifs faisant consensus chez ceux qui y œuvrent (par exemple, des institutions collectives pour la justice des hommes, ou des normes, des règles et des mesures pour la justesse des systèmes industriels). Ce cadre commun ne découle donc pas de prescriptions normatives détachées de tout ancrage objectif, mais il s'appuie concrètement sur des dispositifs cohérents composés d'objets ayant acquis une reconnaissance générale, ce qu'ils ont appelé les mondes communs. Cette reconnaissance permet ainsi l'établissement légitime de « grandeurs » hiérarchiques parmi les individus au sein des sociétés ou des organisations, en fonction de l'investissement consenti au nom du bien commun (Boltanski et Thévenot, 1991). Le tableau 1 donne un aperçu synthétique des principes et des dispositifs associés à ces mondes communs. Précisons que nous n'avons retenu ici que ceux repérés lors de notre étude sur les rapports entre l'État québécois et le tiers secteur associatif en santé et services sociaux<sup>4</sup>.

TABLEAU 1  
Caractéristiques générales des mondes communs

Mondes communs	Principe supérieur	Sujets, objets et dispositifs
Monde de l'inspiration	Inspiration	Artiste, illuminé, inventeur, esprit, inconscient, rêve.
Monde civique	Volonté collective	Élu, parti, fédération, code, comité, liste.
Monde domestique	Tradition	Père, roi, parent, rang, titre.
Monde industriel	Efficacité	Expert, dirigeant, opérateur, méthode, norme, outil.
Monde marchand	Concurrence	Homme d'affaires, client, vendeur.
Monde de l'opinion	Opinion publique	Célébrité, reconnaissance, réputation.
Monde connexionniste	Réseautage	Médiateur, chef de projet, coach, manager, innovateur.
<i>Monde du don</i>	<i>Don</i>	<i>Bénévole, militant, groupe d'entraide.</i>

Sources : Boltanski et Thévenot (1991); Boltanski et Chiapello (1999); Jetté (2001, 2003, 2005).

4. Initialement, on retrouvait six mondes communs dans les travaux réalisés par Boltanski et Thévenot. À ceux-là s'est ajouté, dans une publication ultérieure (Boltanski et Chiapello, 1999), un septième monde – le monde connexionniste – caractérisé par les modes de fonctionnement en réseau.

Par contre, l'approche des grandeurs montre des insuffisances théoriques à l'égard des services relationnels. Dans sa forme initiale, cette approche se révèle en effet incapable de rendre compte entièrement de la réalité complexe des organismes et des entreprises œuvrant dans le domaine des services aux personnes. Dès lors, nous avons dû faire œuvre originale dans nos constructions théoriques et conceptuelles en ce qui a trait aux principes fondamentaux qui guident l'action des producteurs de services dans un domaine d'activité où la composante relationnelle est primordiale. Cette composante relationnelle s'exprime, d'une part, par l'existence, sur les plans organisationnel et institutionnel, « d'un processus de production de services impliquant la participation du client ou de l'utilisateur dans l'obtention du résultat » (Gadrey, 1990, p. 53) et, d'autre part, par la présence, sur les plans symbolique et culturel, du don défini comme « toute prestation de biens ou de services effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes » (Godbout et Caillé, 1992, p. 32).

Cette question du don nous apparaît fondamentale pour comprendre les dynamiques à l'œuvre au sein des organismes et des entreprises œuvrant dans le domaine des services aux personnes. Elle est au cœur des débats concernant l'émergence et le développement des associations dans le domaine de la santé et du bien-être. La forme associative constitue en effet une structure particulière puisqu'elle se situe à l'interface des socialités primaire et secondaire (Godbout, 2000, 1992; Laville et Sainsaulieu, 1997), c'est-à-dire que les pratiques qui s'y déploient font appel de manière explicite à la fois à des pratiques réciprocatrices (socialité primaire par le don) et à des pratiques contractuelles (socialité secondaire). Pour que l'approche de l'économie des grandeurs soit en mesure d'apporter son plein potentiel en vertu de la spécificité de nos travaux, il nous fallait créer un monde commun nouveau – le monde du don – qui permettrait de rendre compte de la richesse et de la complexité des organisations publiques et associatives offrant des services relationnels. Nous avons présenté les résultats de cette opération dans une publication antérieure (Jetté, 2003). C'est donc à partir de ces travaux que nous avons complété l'univers référentiel construit par Boltanski et Thévenot (1991), ainsi que par Boltanski et Chiapello (1999) en y ajoutant les principes et les dispositifs inhérents au monde du don.

Dès lors, il nous a été possible de construire une analyse multifactorielle tenant compte à la fois des acteurs impliqués, de leurs rapports et des organisations qu'ils produisent ainsi que des compromis qui donnent lieu aux institutions balisant leurs actions. Notre cadre théorique tente donc de rendre compte de la totalité du phénomène, c'est-à-dire de ses dimensions stratégiques, structurelles et institutionnelles afin d'en saisir toute la complexité et la richesse.

## 7. LES BALISES DE NOTRE RECHERCHE

Notre objet d'étude a été le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), un programme de financement visant spécifiquement les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette précision est importante puisque les différents ministères rattachés au gouvernement du Québec sont loin d'avoir des politiques normalisées envers les organismes du tiers secteur, même si la nouvelle Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaires autonome, adoptée en 2001, vise précisément à introduire une certaine uniformisation dans les rapports qu'entretiennent les diverses unités administratives publiques avec les composantes du tiers secteur rattachées à l'action communautaire. Notre étude se limite donc à l'analyse des rapports qui se sont développés entre le MSSS et les organismes communautaires financés à partir du PSOC, un champ d'étude déjà passablement vaste puisqu'il comprenait, en 2000-2001 – dernière année couverte par nos travaux –, près de 3 000 organismes regroupés au sein d'une trentaine d'organisations sectorielles.

Par ailleurs, l'analyse des rapports entre le MSSS et les organismes communautaires commandait de cerner certains processus et certaines interactions. Il s'agissait donc de dépasser la simple analyse statistique des montants versés par le PSOC au fil du temps, pour examiner de près les caractéristiques des acteurs sociaux ayant eu une influence sur cette évolution et surtout les facteurs ayant participé aux transformations observées au cours de la période étudiée. Les réponses à ces questions ont exigé d'analyser les positions portées par les acteurs sociaux concernés quant au rôle joué par les organismes communautaires dans le système sociosanitaire québécois. Ces acteurs sont, d'une part, le MSSS, sa direction politique, divers organismes publics et son unité administrative responsable de la gestion du PSOC, le Service de soutien aux organismes communautaires (SSOC), et, d'autre part, les principaux regroupements sectoriels et régionaux d'organismes communautaires ayant participé au cours de la période (1970-2001) aux processus de négociation avec le Ministère.

En outre, pour réaliser notre recherche, nous avons dû procéder à la fois à un découpage synchronique et diachronique de notre objet d'étude afin de bien cibler les contours et de systématiser les procédures mises en place pour en faire l'analyse. La division diachronique de notre travail a été réalisée en fonction de sous-périodes délimitées à partir d'événements et de réformes qui ont marqué de manière significative les rapports entre le MSSS et le tiers secteur de 1970 à 2001. Nous avons ainsi analysé notre objet d'étude en fonction de trois sous-périodes qui

correspondent à autant de moments décisifs donnant lieu à de nouveaux arrangements institutionnels, soit les années 1970, les années 1980 et les années 1990.

La division synchronique de notre analyse se rapporte, quant à elle, aux trois dimensions collectives de l'action sociale telle qu'elle a initialement été définie par Touraine dans son ouvrage intitulé *Production de la société* (1973), soit les dimensions des rapports sociaux, institutionnelle et organisationnelle. Chacune de ces dimensions est porteuse d'un contenu conceptuel propre qui renvoie à des éléments particuliers de notre cadre théorique et de notre problématique. C'est à partir de ces indicateurs que nous avons été en mesure de répondre aux questions structurantes de notre étude.

Quant à la méthodologie que nous avons utilisée pour réaliser notre recherche, elle s'appuie sur divers dispositifs de nature à la fois quantitative et qualitative. Nous avons ainsi recueilli la documentation pertinente produite à la fois par le MSSS et ses diverses instances (notamment plusieurs données statistiques), ainsi que par les organisations représentatives des milieux communautaires en santé et services sociaux au cours de la période couverte par notre étude. Nous avons également fait appel, dans certains cas (notamment pour le chapitre 2 qui porte sur les années 1970), à certaines études scientifiques qui nous sont apparues particulièrement intéressantes dans le cadre de nos travaux. Nous avons aussi réalisé près d'une quarantaine d'entrevues avec des informateurs clés provenant du MSSS, des régies régionales et de divers regroupements sectoriels et régionaux représentant les milieux communautaires. Nous invitons le lecteur intéressé par une description plus détaillée de cette méthodologie à consulter la thèse à partir de laquelle ce livre a été rédigé (Jetté, 2005).



PREMIÈRE PARTIE

---

**LES ANNÉES DE DOUTES  
ET D'INCERTITUDES  
1970-1979**



## CHAPITRE 2

# UNE PÉRIODE DE TRANSFORMATION ET DE CONTESTATION

Dans ce premier chapitre d'analyse qui couvre la décennie des années 1970, nous allons tracer le portrait des mouvements sociaux et des principaux acteurs sociaux présents dans le domaine des services socio-sanitaires au Québec, au moment où s'amorce une refonte en profondeur des services socio-sanitaires avec l'application de la réforme Castonguay-Nepveu en 1971. Nous tracerons ce portrait d'une manière originale en établissant la distinction entre les acteurs sociaux constituant les forces vives de la critique sociale et de la critique artiste, selon la conception de Boltanski et Chiapello (1999).

Nous dégagerons un portrait des principales caractéristiques idéologiques et politiques de ces mêmes acteurs dans une période marquée par le passage du modèle libéral vers le modèle providentialiste dans le domaine des politiques sociales touchant les services socio-sanitaires au Québec. Nous procéderons ainsi à l'analyse des principales caractéristiques des cliniques communautaires et des groupes populaires de services sociaux de manière à mieux comprendre l'impact du processus d'institutionnalisation ayant conduit à la naissance des CLSC.

## 1. CONTEXTE GÉNÉRAL DES ANNÉES 1970

Le Québec des années 1970 constitue, à bien des égards, un point de passage important vers l'adoption d'une nouvelle vision du développement social et la mise en place de nouveaux dispositifs institutionnels qui ancrent de manière concrète ce développement au sein des structures de la société québécoise. Le domaine des services sociaux et de santé n'échappera pas à ce mouvement de transformation et va faire l'objet d'une attention soutenue de la part des acteurs sociaux engagés dans l'élaboration de nouvelles politiques sociales. La création, en 1973, du Programme de soutien aux organismes volontaires (qui deviendra plus tard le Programme de soutien aux organismes communautaires [PSOC]) s'insère donc dans un contexte beaucoup plus large de modernisation des services sociosanitaires qui, à son tour, puise sa source dans un vaste mouvement de transformation sociopolitique de la société québécoise. Amorcées au cours des années 1950, mais trouvant leur point de cristallisation dans l'élection des libéraux de Jean Lesage en 1960, ces transformations touchent plusieurs domaines de politiques sociales et révèlent la volonté du gouvernement québécois de procéder, tout comme cela s'était fait sur la scène fédérale au cours des années 1940 et 1950, à la construction d'un véritable État-providence (Vaillancourt, 1988b) ainsi qu'à la constitution d'une fonction publique moderne et compétente (Gow, 1992).

Dans une certaine mesure, les transformations amorcées au cours de cette période au Québec – période à laquelle on se réfère par le terme de « Révolution tranquille » – cherchent à mettre en convergence les structures institutionnelles de l'État québécois (et notamment ses politiques sociales) avec les réalités du développement économique qu'a connu le Québec depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Par contre, d'un point de vue politique, les années 1960 se révèlent en rupture profonde avec les années antérieures. Cette rupture se traduira par l'adoption d'une position claire en faveur d'un nouvel interventionnisme étatique s'appuyant sur le renouvellement du mouvement national québécois (Balthazar, 1986). Les répercussions de cette nouvelle orientation se feront d'abord sentir dans le domaine de l'éducation (rapport Parent en 1963), du bien-être (rapport Boucher en 1963) et du développement économique (création de la Caisse de dépôt et de placement en 1965). Ces répercussions seront plus tardives dans le domaine des politiques sociales touchant plus particulièrement les services sociaux et de santé. Ceux-ci, en effet, continuent à être balisés en majeure partie par la Loi d'assistance publique de 1921 qui venait sceller en quelque sorte le pacte établi entre le pouvoir civil et l'Église catholique quant aux responsabilités importantes attribuée à cette dernière dans le domaine de la santé et du bien-être au Québec (Vaillancourt, 1988b).

Certes, dès le début des années 1960, certaines transformations vont être insufflées au système sociosanitaire (l'assurance-hospitalisation en 1961, la Loi des hôpitaux en 1962, la Loi de la protection de la jeunesse en 1964, la Loi de l'assurance médicale en 1966, la Loi de la Régie de l'assurance maladie du Québec en 1969), mais ce n'est qu'au début des années 1970, avec l'avènement de la réforme Castonguay-Nepveu<sup>1</sup> et l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, 1971, chapitre 48), que va s'instituer un véritable régime providentialiste dans le domaine sociosanitaire. Cette modernisation de l'appareil sociosanitaire se présente alors comme l'une des dernières pièces maîtresses d'une charpente institutionnelle et idéologique plus générale s'appuyant sur l'idée d'une réforme de l'administration publique<sup>2</sup> et de l'intervention accrue de l'État comme moteur du changement social (Pelletier, 1992). Ce processus va donner lieu à la constitution progressive d'un nouvel acteur social (ceux qu'on a d'abord appelés les « technocrates » et que l'on qualifie plus volontiers aujourd'hui de fonctionnaires) ayant ses propres intérêts qui pouvaient se démarquer, en certaines circonstances, des positions portées par la classe politique, même si la période des années 1970 fut plutôt une période de convergence des intérêts de l'acteur administratif et de l'acteur politique.

Cette réforme s'insère donc dans un mouvement plus vaste de refonte des institutions québécoises dans le cadre d'un modèle de développement fordiste et providentialiste (Bélanger et Lévesque, 1990, 1991). Les

- 
1. Du nom des deux présidents qui l'ont successivement dirigée, soit Claude Castonguay de 1966 à 1970 et Gérard Nepveu de 1970 à 1972. Soulignons que Claude Castonguay a abandonné la direction de cette commission pour devenir ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social (qui deviendra plus tard en 1970 le ministère des Affaires sociales puis, en 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux) sous le gouvernement libéral de Robert Bourassa en 1970. Il fut donc à la fois architecte et maître d'œuvre de cette réforme.
  2. L'évolution du processus visant à choisir le personnel dans l'administration des affaires de l'État témoigne éloquentement des changements qui se produisent à cette époque. À partir des années 1960, en effet, le recrutement des fonctionnaires se fait par voie de concours et les promotions sont accordées selon les mérites des employés, et non plus en se fondant sur des critères partisans où joue le favoritisme politique (Pelletier, 1992, p. 616). Même si cette forme de procédure de recrutement semble aller de soi aujourd'hui, l'application de ces nouveaux critères de sélection des fonctionnaires constituait à l'époque une véritable petite révolution au sein de l'administration publique québécoise puisque jusque-là, il n'existait pratiquement ni concours, ni examen pour vérifier et évaluer les aptitudes et la compétence des candidats à un poste dans l'administration publique (Bolduc, 1964). Ils ont permis de faire émerger une nouvelle classe de fonctionnaires, souvent qualifiés de « technocrates » (Simard, 1979), dont plusieurs furent des artisans importants de la Révolution tranquille.

dispositifs institutionnels liés au développement social qui reposaient, sous le régime Duplessis, sur l'engagement bénévole des communautés religieuses – malgré un financement croissant de ces institutions par l'État québécois à partir des années 1960 – vont finalement suivre la tendance internationale et se modeler sur les principes de l'État-providence. À cet égard, la mise en tutelle en 1966, par le gouvernement du Québec, des hôpitaux gérés jusque-là par les communautés religieuses, à la suite d'une grève de plusieurs semaines, constitue sans aucun doute un événement décisif qui marque le passage d'un modèle de développement libéral vers un modèle providentialiste<sup>3</sup>.

## 2. ANIMATION SOCIALE, COMITÉS DE CITOYENS ET GROUPES POPULAIRES DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE AU QUÉBEC

Certains segments de la société civile ne vont toutefois pas attendre la Loi de 1971 pour tenter de mettre en place des pratiques et des services visant à améliorer les conditions de vie ainsi que la santé et le bien-être des populations défavorisées. À certains égards, la Loi de 1971 va même s'inspirer de certaines pratiques novatrices issues des cliniques communautaires et des maisons de quartier constituées à la fin des années 1960 dans les milieux urbains et populaires de Montréal. Ces innovations prennent leur source dans l'action menée par les comités de citoyens au cours des années 1960. De 1963 à 1968, de 20 à 25 de ces comités voient le jour à Montréal. Ils réclament « des parcs, s'opposent à des expropriations, revendiquent de meilleurs services de santé et des écoles, essaient d'obtenir le droit de s'exprimer sur les choix dans l'aménagement de leur quartier »

---

3. Rappelons brièvement les événements : à la mi-juillet 1966, 65 000 employés répartis dans 1 000 hôpitaux du Québec déclenchent une grève qui se déroule pratiquement sans services essentiels. Le gouvernement de Daniel Johnson mandate alors Yves Pratte pour être le négociateur spécial du gouvernement pour régler ce conflit. Or, au lendemain d'une entente *in extremis* entre l'État et les syndicats d'employés d'hôpitaux afin d'éviter une loi spéciale, la partie patronale, constituée en grande partie de membres des communautés religieuses, refuse de laisser entrer les employés syndiqués à leur travail, rejetant du même coup les propositions mises de l'avant par le gouvernement québécois. Cette décision soulève l'ire du négociateur spécial du gouvernement qui propose avec Jacques Parizeau, alors conseiller économique du premier ministre (un des nouveaux technocrates de l'époque acquis aux principes keynésiens de gestion du social et de l'économie et responsable de la refonte des échelles salariales des employés du secteur public), de mettre en tutelle les hôpitaux du Québec, ce que fera Daniel Johnson le 31 juillet 1966. Par ce geste, le gouvernement du Québec venait en réalité de suspendre les pouvoirs des communautés religieuses au sein des établissements hospitaliers (Duchesne, 2001, p. 393-396)

(Boivin, 1988, p. 20). Ces comités défendent «une forme de syndicalisme de la consommation collective», pour reprendre l'expression employée par Bélanger et Lévesque; ils constituent la première génération d'organisations issues du mouvement populaire et communautaire (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 718).

Les comités de citoyens ne constituent pas un mouvement spontané émanant de l'action de citoyens touchés par les conséquences néfastes de l'industrialisation sur leurs conditions de vie. Ils tirent plutôt leur origine de l'action menée par de jeunes animateurs sociaux en milieu urbain qui sont inspirés à des degrés divers par les philosophies d'intervention de Saul Alinsky aux États-Unis et de l'Abbé Pierre en France (Entrevues n° 36, n° 37 et n° 38). Ces animateurs sont, pour la plupart, diplômés en travail social ou en sociologie et s'investissent dans une nouvelle forme d'intervention collective: l'animation sociale (Côté et Harnois, 1978; Chèvrefils, 1978). Par leurs actions collectives plutôt qu'individuelles, les animateurs remettent en question l'approche *case work* adoptée par les travailleurs sociaux professionnels dans les agences sociales (Entrevue n° 38). Ils cherchent ainsi à venir en aide aux populations des quartiers populaires et défavorisés, souvent isolées et désabusées devant le peu d'empressement manifesté par les autorités politiques pour résoudre leurs problèmes (Blondin, 1968, p. 117). Ayant comme objectif de développer l'autonomie et la participation de la population à la vie urbaine «par l'accès aux décisions» (*ibid.*, p. 112), l'animation sociale manifestait ainsi «la volonté de donner à une population l'apprentissage de l'action collective rationnelle» (*ibid.*, p. 114) tout en formant des animateurs issus du milieu aptes à prendre le relais des animateurs sociaux professionnels (Chèvrefils, 1978). Ces pratiques d'animation urbaines avaient aussi leur équivalent en milieu rural. Ces dernières se sont déployées d'abord, dans les années 1960, à travers l'action du Bureau d'aménagement de l'Est du Québec<sup>4</sup> (BAEQ); puis, au cours des années 1970, par l'entremise des Opérations Dignité qui s'opposaient précisément à la fermeture des villages proposée par le plan du BAEQ dans certaines régions éloignées (Robert, 1981).

Émergeant en parallèle avec les transformations s'opérant à la même époque au sein de l'État québécois, l'animation sociale témoigne du passage d'une pratique sociale enracinée dans les institutions religieuses vers une autre puisant ses sources dans les principes de la participation populaire et de l'intervention collective professionnelle. Michel Blondin, l'un des

---

4. Il semble d'ailleurs que l'expression «animation sociale» ait été suggérée pour la première fois aux animateurs en milieu urbain vers 1964 par une équipe travaillant au BAEQ (Blondin, 1987, p. 25).

pionniers de l'animation sociale au Québec, expliquait ainsi les transformations s'opérant dans les rapports entre les populations visées par l'animation sociale et la gouvernance politique : « alors qu'autrefois la population pouvait s'adresser fréquemment à ses représentants pour tenter d'obtenir des faveurs individuelles, on ne songe même plus à s'adresser à eux pour réclamer des droits individuels, encore moins des droits collectifs » (Blondin, 1968, p. 116). Pour pallier cette situation, l'animation sociale se propose de « changer les mentalités » en impliquant directement les populations dans les décisions qui les concernent par « l'engagement politique et communautaires des citoyens » (Chèvrefils, 1978, p. 131). Les moyens mis en œuvre pour y parvenir feront alors appel « à diverses techniques » structurées autour du processus scientifique de résolution de problème<sup>5</sup> : analyse du problème, élaboration de l'action et évaluation des résultats (Blondin, 1968, p. 114-115). Dans cette optique, les animateurs sociaux sont considérés comme des « aides techniques » ou des « agents de rationalisation » qui aident les groupes animés à prendre des décisions éclairées favorisant la cohérence de l'action et l'autonomie des populations (Blondin, 1967, p. 6).

Malgré les références incontestables de l'animation sociale au paradigme dominant de la rationalisation scientifique (monde industriel) et de la participation citoyenne (monde civique), notamment par la mise en application de pratiques communautaires issues du travail social, elle demeure influencée par d'autres sources doctrinales qui intègrent cette fois la pratique du don (bénévolat et militantisme), notamment à travers l'héritage du mouvement d'action catholique (principalement la Jeunesse ouvrière catholique [JOC] et la Jeunesse étudiante catholique [JEC]) et l'émergence d'un nouveau militantisme politique dit « progressiste<sup>6</sup> » (Côté et Harnois, 1978).

Cette présence du don ne constitue pas une surprise si l'on considère que la transition d'un monde à un autre ne se fait jamais sans laisser, dans le nouveau monde en construction, des artefacts des anciens dispositifs

---

5. Il sera d'autant plus aisé d'introduire ces méthodes d'intervention qu'elles s'apparentent au fameux triptyque « Voir-Juger-Agir » utilisé par les militants de la JOC comme technique d'animation. Or, certains de ces militants vont graduellement transiter de l'action catholique vers l'animation sociale au cours des années 1960 et 1970 (Côté et Harnois, 1978).

6. L'autre source doctrinale de l'animation sociale se situe dans la mise en application de certains principes d'intervention de la psychologie sociale qui, elle aussi, n'est pas étrangère au monde du don si on la considère à partir des théories mises de l'avant par Carl Rogers concernant les principes de la non-directivité et l'importance de la communication et de l'empathie dans les rapports interpersonnels et l'intervention (Côté et Harnois, 1978, p. 84-86).



qui régissaient les structures de l'ordre social plus ancien (Boltanski et Thévenot, 1991; Boltanski et Chiapello, 1999). Ces mondes cohabitent alors de manière plus ou moins harmonieuse, selon les compromis réalisés entre eux et la domination exercée par les uns sur les autres. Or, comme nous l'avons souligné précédemment, les institutions qui animent le développement social au Québec, avant les années 1970, sont d'abord tributaires de la charité privée et d'un paternalisme bienveillant s'exerçant à travers l'implication des communautés religieuses (monde domestique).

L'ampleur prise par les principes du don dans les pratiques de l'animation sociale va toutefois varier selon les types d'intervention et les lieux de cette pratique<sup>7</sup>. À ce titre, l'expérience de la Compagnie des jeunes Canadiens nous semble particulièrement révélatrice. «Lieu clé» de la formation des animateurs sociaux, selon certains (Côté et Harnois, 1978, p. 248), initiative gouvernementale visant à contrôler l'action des groupes populaires pour d'autres<sup>8</sup> (Désy *et al.*, 1980), il n'en demeure pas moins que cette organisation, inspirée par l'expérience américaine et mise sur pied grâce aux subsides fédéraux, permettait à des jeunes Canadiens d'œuvrer auprès des personnes démunies par l'entremise de divers projets à caractère socioéconomique. Menée au Québec en 1967, son action visait à diminuer les inégalités sociales en travaillant de concert avec des organismes bénévoles grâce au «service volontaire» des participants (Corbeil, 1970, p. 140). Sa philosophie de l'action sociale, qui s'appuyait sur «le dévouement et l'entraide», fut considérée comme novatrice à l'époque, même si elle tirait «son origine du bénévolat traditionnel» (Désy *et al.*, 1980, p. 248).

---

7. Avec le temps, le concept d'animation sociale a fini par qualifier tout un ensemble de pratiques ayant en commun la recherche d'une pédagogie nouvelle et participative dans l'animation des groupes. Son utilisation s'est alors répandue dans plusieurs domaines comme l'éducation des adultes, l'éducation permanente, la formation des cadres, etc. (Lebel, 1973). Quant à nous, dans le cadre de ce livre, nous restreignons sa signification aux pratiques originelles qui visaient à mobiliser et à sensibiliser des groupes de citoyens et des communautés urbaines et rurales à un certain nombre d'enjeux socioéconomiques et politiques touchant leur développement.

8. Ce qui n'empêchait pas les critiques de reconnaître que l'action de la Compagnie des jeunes canadiens a pu être profitable à certains groupes populaires (Désy *et al.*, 1980, p. 163).

On peut établir un constat semblable avec le Conseil des œuvres de Montréal<sup>9</sup>, même si son personnel était constitué principalement de travailleurs sociaux rémunérés. C'était le premier organisme à mettre en pratique l'animation sociale au Québec dans le cadre d'une intervention visant le quartier Saint-Henri à Montréal (Blondin, 1965) et ses animateurs sociaux avaient pour rôle de susciter la participation et la prise en charge des citoyens afin d'améliorer leurs conditions de vie<sup>10</sup>. Leur action s'est traduite par la création de nombreuses organisations à caractère volontaire: associations de parents, organismes de loisirs, comités d'éducation populaire, etc.; des initiatives pilotées d'abord par les animateurs professionnels mais prises en charge par la suite à divers degrés par des citoyens militants et des bénévoles soucieux de s'impliquer dans la vie communautaire de leur quartier (Blondin, 1968; Chèvrefils, 1978).

L'animation sociale fut donc à l'origine des comités de citoyens qui, à leur tour, suscitérent l'émergence d'un certain nombre de projets. Or, au tournant des années 1970, certains commencent à percevoir les limites de cette approche qui porte peut-être en elle le germe de sa propre disparition: difficulté de mobiliser les citoyens, indifférence des élus politiques à l'égard des revendications des citoyens, actions menées à court terme et ne débouchant pas sur des propositions globales de transformation. Mais les critiques envers l'animation sociale portaient surtout sur l'incapacité de pousser plus loin l'action au plan politique afin d'être en mesure d'intervenir directement sur la source des problèmes. D'aucuns qui avaient participé eux-mêmes à la mise sur pied des comités de citoyens s'interrogent alors sur les capacités de cette formule à «entraîner des modifications de structures» dans la société (Blondin, 1968, p. 118), sans compter les résistances croissantes manifestées par les membres du conseil d'administration du Conseil des œuvres – composé en grande partie d'éléments issus de l'élite traditionnelle – concernant l'action politique menée par certains de ses animateurs.

À partir de cette réflexion, deux courants vont apparaître et tenter, chacun à leur manière, de dépasser l'action des comités de citoyens afin d'initier de nouvelles pratiques sociales mieux en mesure de répondre aux défis des années 1970 (Côté et Harnois, 1978, p. 373-376). Un

---

9. Cet organisme fut d'abord un comité de la Fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises avant de s'incorporer et devenir autonome en 1942 (Gouvernement du Québec, 1972, p. 47). Son financement était mixte et relevait en partie d'une campagne de charité et en partie de subventions gouvernementales en provenance de la Ville de Montréal et du ministère québécois du Bien-être social et de la Famille (Chèvrefils, 1978, p. 16).

10. Pratique que l'on pourrait qualifier «d'*empowerment*» aujourd'hui.

premier courant qui va finalement constituer ce que Bélanger et Lévesque ont désigné comme la seconde génération d'organisations née du mouvement populaire et communautaire, soit les groupes de services (associations coopératives d'économie familiale [ACEF], comptoirs alimentaires, garderies, etc.), tentent d'apporter des réponses aux besoins des populations marginalisées par la mise sur pied de ressources contrôlées par les citoyens-usagers (Bélanger et Lévesque, 1992). Un second courant s'engage, quant à lui, dans l'action politique à partir du regroupement de certains comités de citoyens qui vont former des comités d'action politique (CAP). Ces CAP vont par la suite se regrouper au sein du Front d'action populaire (FRAP) qui se lancera dans l'arène politique municipale montréalaise, mais sans grand succès (Favreau, 1989; Bélanger et Lévesque, 1992). Par contre, certains CAP, comme ceux des quartiers Saint-Jacques et Hochelaga-Maisonneuve, vont choisir une orientation politique plus radicale s'appuyant sur une interprétation orthodoxe du marxisme et revendiquant la prise de contrôle de l'État par la classe ouvrière. Ce dernier mouvement se scindera à son tour en diverses tendances idéologiques<sup>11</sup>: En Lutte en 1973, la Ligue marxiste-léniniste (m.-l.) en 1975 devenue le Parti communiste ouvrier (PCO) en 1979, le Parti socialiste du Québec (PSQ), l'Union bolchévique, les trotskystes, etc. (Désy *et al.*, 1980). Ces groupes politiques se livreront des guerres fratricides au cours des années 1970 sur la base précisément de leur orientation et de leur interprétation des thèses marxistes (Milot, 1982).

Les groupes politiques radicaux vont toutefois opérer une jonction avec certains groupes populaires de services au milieu de la décennie (1975-1978), jonction justifiée sur la base de «la théorie de la courroie de transmission» qui cherche à subordonner ces groupes au parti afin d'en faire de véritables lieux «révolutionnaires» plutôt que de simples agents «réformistes» au sein du système capitaliste (Désy *et al.*, 1980, p. 102-104). Les Associations de défense des droits sociaux (ADDS), les ACEF, certains comptoirs alimentaires et garderies entre autres vont

---

11. En Lutte et le PCO semblent avoir constitué les deux principales organisations politiques issues du courant marxiste au Québec. À son apogée, un parti comme le PCO aurait disposé d'un budget d'un demi-million de dollars par année et aurait réuni de 4 000 à 5 000 membres et sympathisants. Plus de 25 personnes travaillaient à sa permanence à Montréal, sans compter les dizaines de bénévoles qui y œuvraient de 30 à 40 heures par semaine. On pourrait tracer un portrait relativement semblable d'En Lutte, en réduisant toutefois d'un tiers le budget et les effectifs concédés au PCO (Favreau, 1989, p. 168).

littéralement être pris d'assaut par des militants marxistes radicaux (ou des sympathisants œuvrant à l'intérieur des organisations) qui vont tenter d'y imposer leur agenda politique. Ces tentatives de prise de contrôle vont être à l'origine d'une crise majeure au sein de bon nombre de ces groupes qui vont soit carrément fermer leurs portes, soit cesser presque toute activité de services pendant un certain temps, aspirés par la tourmente de débats politiques sur la « ligne juste » à suivre pour assurer la victoire du parti révolutionnaire (Entrevue n° 37; Boivin, 1988; Désy *et al.*, 1980). Côté et Harnois (1978) qualifient ainsi de « crise de la gauche » cette division des forces progressistes au Québec et le « cloisonnement étanche » qui vont caractériser leurs actions à cette époque. Ce cloisonnement n'est d'ailleurs pas étranger à l'application de certains principes découlant du marxisme stalinien et de son héritage historique voulant que « le parti se fortifie en s'épurant des éléments opportunistes » (Milot, 1982, p. 203).

Les stratégies autoritaires et de prise de contrôle ainsi que la volonté centralisatrice dont ont fait preuve les militants de la gauche radicale pour étendre leur emprise sur les groupes populaires ont dégénéré en crise plus ou moins larvée qui a entraîné des divisions importantes chez les acteurs se réclamant de la gauche politique. Certes, l'action des mouvements m.-l. n'est pas la seule cause de cette division, notamment à la fin des années 1970, au moment où le providentialisme entre en crise et où les mouvements sociaux doivent faire face à de nouveaux enjeux, notamment le mouvement syndical. Mais comme le faisait remarquer un observateur au début des années 1980, les stratégies de division mises de l'avant par une partie du patronat et les querelles intestines ont miné la solidarité des groupes de gauche au cours des années 1970 de telle sorte que « le mouvement populaire apparaissait plus divisé que jamais, assailli par toutes sortes de difficultés... noyautage ML, institutionnalisation/bureaucratisation et démobilitation, épuisement des militants et des militantes et contraintes à se trouver du travail rémunéré... etc. » (Lacroix, 1982a, p. 96).

Les pratiques de prise de contrôle des groupes politiques radicaux ont ainsi amené plusieurs groupes populaires à défendre avec encore plus d'ardeur l'autonomie de leur organisation, tout en rejetant toute forme de projet politique global. Il faudra quelques années pour que le mouvement populaire se remette de cet épisode difficile et retrouve un certain dynamisme qui le pousse à s'organiser collectivement au plan sociétal (notamment par le regroupement d'organismes intervenant dans le même secteur). D'autant plus que les tentatives de rapprochement avec l'acteur syndical, lors des deux Sommets populaires organisés au début des années 1980, n'ont pas produit les résultats escomptés, les

participants n'ayant pas vraiment réussi à surmonter les «vieilles conceptions divisant le monde de la consommation de celui de la production» (Lacroix, 1982a, p. 108).

### 3. RUPTURE ENTRE LA CRITIQUE SOCIALE ET LA CRITIQUE ARTISTE

L'épisode de crise dont nous venons de rendre compte au sein des forces progressistes québécoises correspond à la rupture entre la critique artiste et la critique sociale, des concepts empruntés à Boltanski et Chiapello (1999). D'une part, nous assistons à l'émergence d'un courant de la critique qui renvoie à ce que ces auteurs désignent comme la «critique artiste», qui dénonce l'application du taylorisme et des principes gestionnaires empruntés au secteur privé (monde industriel) sur la production des biens et des services ainsi que sur les modes de vie des populations. Les porteurs de cette critique tentent d'apporter des solutions aux défaillances du système en mettant en place des initiatives autonomes par rapport aux principes d'organisation du marché et de l'État. Cette quête d'autonomie va se traduire par l'organisation de services sous des formes novatrices (cliniques communautaires, maisons de quartier, comptoirs alimentaires, ACEF, etc.). Ces nouvelles pratiques favorisent l'accessibilité des services et la participation des usagers au plan des rapports de consommation. Elles remettent en question les chasses gardées professionnelles, les fonctionnements bureaucratiques et les relations hiérarchiques au sein des rapports de travail.

D'autre part, comme nous l'avons déjà souligné, s'organise à la même époque tout un faisceau de groupuscules politiques de gauche qui voient dans le renversement du capitalisme la voie royale pour le rétablissement de la justice sociale. Ces militants radicaux vont faire sentir leur présence aussi bien au sein des groupes populaires qu'à l'intérieur des organisations syndicales (Favreau, 1989). Cette seconde tendance s'apparente à ce que Boltanski et Chiapello (1999) appellent la «critique sociale». Celle-ci met l'accent sur les inégalités sociales et économiques du capitalisme, critique l'opportunisme et l'égoïsme alimentant la défense des intérêts particuliers et rejette toute forme d'individualisme.

L'analyse des positions et du rôle joué par les différents acteurs sociaux présents dans le domaine sociosanitaire au cours des années 1970 démontre que les militants de la gauche radicale marxiste représentent le groupe issu de la critique sociale qui a eu le plus d'influence au cours des années 1970 au sein du mouvement populaire et communautaire québécois. Néanmoins, ils ne sont pas seuls à porter les sources d'indignation propres à la critique sociale dans le domaine de la santé et des

services sociaux. Outre les syndicats, qui constituent assurément l'acteur le plus important de la critique sociale<sup>12</sup>, on peut y associer les partisans du socialisme<sup>13</sup> et certains militants de la gauche chrétienne proches des milieux syndicaux (Entrevues n° 37 et n° 38).

Or, si les deux courants de la critique s'insèrent de manière significative dans le champ des pratiques solidaires (militantisme et bénévolat) et de la participation citoyenne, en raison de l'engagement personnel et collectif qu'ils supposent, leurs similitudes s'arrêtent là. L'ingérence d'autres principes d'action vient donner des caractéristiques et des orientations différentes à chacune de ces critiques et aux acteurs qui les portent. Outre le militantisme et la participation citoyenne, qu'elle partage généralement avec la critique sociale, la critique artiste est animée par des principes tels que la créativité, la remise en question des habitudes, le risque des nouvelles expériences et l'innovation (monde de l'inspiration). Quant aux tenants de la critique sociale – et principalement les militants associés aux groupes politiques radicaux –, ils demeurent, à bien des égards, prisonniers de leur mode de fonctionnement « hiérarchique » (Désy *et al.*, 1980) et de la discipline quasi militaire qu'ils exigent de leurs membres, ainsi que de leurs « références de type biblique à la théorie marxiste » (Côté et Harnois, 1978, p. 382). Examinons maintenant de plus près les caractéristiques de ces deux formes de critique.

---

12. Les organisations syndicales sont les acteurs à la fois les plus influents et les plus nombreux de la critique sociale à partir des années 1960. Par contre, leurs rapports avec le mouvement populaire et communautaire vont être plutôt sporadiques et conjoncturels à partir des années 1970 (Jetté, 1997), et ce, même si des organismes comme les ACEF sont nés directement de l'initiative de certains syndicats afin de trouver des solutions à l'endettement des ouvriers. À cet égard, les ACEF semblent bien constituer l'exception qui confirme la règle voulant que les syndicats et les organismes populaires, même s'ils ont entretenu des rapports au cours des années 1960 et 1970, notamment par l'entremise de militants qui ont fait des aller-retour entre pratiques syndicales et pratiques communautaires, ne partageaient pas les mêmes points de vue sur les formes d'intervention à privilégier (Entrevue n° 38), ni sur les positions à adopter par rapport à l'extension du secteur public dans le domaine des services sociosanitaires.

13. L'ancrage de ces mouvements dans la critique sociale est plus ou moins profond selon les positions politiques adoptées et les accents mis sur certaines revendications. À cet égard, le mouvement socialiste québécois semble plus près de la critique artiste que ne pouvaient l'être les groupes marxistes-léninistes. Cette proximité semble d'ailleurs s'être accentuée au cours des années 1980 si l'on se fie à certains documents (Ferland et Vaillancourt, 1981) ou revues (par exemple, *Les cahiers du socialisme*) publiés à cette époque.

### 3.1 La critique sociale

Les formes prises par la critique sociale au Québec évoluent au cours des années 1970. Si cette critique avait regroupé bon nombre de militants engagés socialement à partir d'une lecture progressiste des idéaux chrétiens au cours des années 1960, sa composition s'est modifiée et son contenu politique radicalisé au cours des années 1970. Une jeune génération de militants fait son apparition (étudiants, jeunes diplômés, etc.) et tend à remplacer les premiers intervenants sociaux issus de l'animation sociale comme chef de file des militants «progressistes». Les éléments les plus radicaux de cette critique sociale – les militants marxistes – cherchent ainsi à se distancer encore davantage des pratiques de l'animation sociale qu'ils jugent «réformistes» et non révolutionnaires, tout comme d'ailleurs de la pratique des groupes populaires de services qui mettent en place des mesures dilatoires ne pouvant que faire reculer l'arrivée du «Grand Soir». Pour ces militants radicaux, seul un engagement politique en faveur du renversement du système capitaliste est en mesure d'apporter une transformation durable des conditions de vie des classes populaires. Ils vont ainsi adopter un comportement «paternaliste» à l'égard des autres acteurs sociaux de la gauche (Désy *et al.*, 1980). Mais leur attitude péremptoire, leur quête obsessionnelle de la ligne juste et leur discours à saveur révolutionnaire parviennent mal à cacher une certaine continuité avec les principes de l'ordre ancien qu'ils prétendent dépasser. Peut-être faut-il y voir la manifestation d'un phénomène où «la critique partage toujours – même en ce qui concerne les mouvements les plus radicaux – “quelque chose” avec ce qu'elle cherche à critiquer» (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 87). Quoi qu'il en soit, leur rejet de «l'égoïsme» (considéré comme moteur de progrès social dans le capitalisme) (Côté et Harnois, 1978) et l'importance de la fidélité au «dogme» marxiste – et son corollaire, les querelles intestines auxquelles elles donnent lieu et les accusations réciproques de trahison ou de «révisionnisme» qui s'en suivent (Désy *et al.*, 1980; Côté et Harnois, 1978) – enracinent incontestablement l'action de ces groupes radicaux dans une certaine tradition hiérarchique et centralisatrice (monde domestique).

Mais par-dessus tout, c'est peut-être la quête de «la communauté perdue», mise en exergue par Jean-Marc Piotte<sup>14</sup> dans une étude sur le militantisme des années 1970, qui caractérise le mieux la philosophie qui sous-tend leur action :

---

14. Le rapport au religieux semble prégnant dans l'imaginaire de ces militants. Piotte dira d'ailleurs que tous les militants interrogés pour son enquête ont abordé spontanément ce thème alors qu'aucune question lors des entrevues ne portait sur la religion (Piotte, 1987, p. 67).

Les organisations politiques constituaient de puissants lieux de socialisation : les militants passionnés s'éloignaient de leur famille et de leurs amis antérieurs pour ne vivre qu'avec les gens de l'organisation qui devenaient famille et amis. Mais pourquoi le militant acceptait-il ces contraintes et cette marginalisation sinon pour retrouver la chaleur, la sécurité affective et intellectuelle, l'esprit communautaire qui prévalaient dans la famille traditionnelle, l'église et les institutions canadiennes-françaises? [...] Dans la chaude communauté de nos ancêtres, la place et le sens de chacun étaient définis une fois pour toutes par la communauté. Les militants ont tenté de recréer cet univers révolu (Piotte, 1987, p. 85).

Certes, les militants politiques de la gauche radicale que nous avons associés à la critique sociale ne sont pas les seuls à insérer leur action dans un tel cadre idéologique. Cet investissement sans compromis envers une « cause » sociale ou politique caractérise la pratique de bon nombre de militants de tout horizon à cette époque (par exemple, le militantisme politique suscité par la question nationale). Mais elle semble avoir eu une incidence plus marquée chez les militants engagés dans les groupes politiques radicaux. Elle se voulait une version plus moderne – expurgée de ses références religieuses et mystiques (et des institutions qui leur donnent vie) – de la vision chrétienne et catholique du don faisant appel au sacrifice de soi au profit des autres ou d'une mission transcendante (qu'elle soit d'ordre mystique, social ou politique). Ces militants « sacrifiaient leurs propres besoins en vue d'aider l'autre » dans une perspective de « missionnarisme » ayant pour effet « d'inférioriser l'autre qui ne [pouvait] atteindre un tel niveau de dévouement » (*ibid.*, p. 53-61). D'aucuns diront d'ailleurs qu'à certains égards, l'action politique de ces groupes s'apparente à « un certain catholicisme social » avec ses « sacrifices » nécessaires pour la révolution et son militantisme pratiqué « 24 heures sur 24 » (Favreau, 1989, p. 172). Dès lors, cette transposition de certains principes, ayant caractérisé l'action des communautés religieuses, au monde laïc révèle un changement de forme, mais non de fond. Elle témoigne de la persistance, au sein des forces politiques de gauche et dans la conjoncture des années 1970, d'une idéologie qui perpétuait certains principes de l'ordre social ancien qui avait régné presque sans partage sur le développement social du Québec des débuts de la colonisation jusqu'aux décennies 1960-1970 (MSSS, 1986b).

Misant d'abord sur un changement de garde aux commandes de l'État pour susciter une transformation du système capitaliste (la dictature du prolétariat), plusieurs de ces militants sont plus enclins à critiquer les détenteurs du pouvoir politique et économique au sein de « l'appareil d'État » qu'à favoriser l'émergence de nouveaux arrangements institutionnels au plan des politiques sociales, à plus forte raison si ces nouvelles structures émanent d'acteurs sociaux étrangers aux filières marxistes et aux



institutions d'État dont ils tendent à faire la promotion. En d'autres termes, ce ne sont pas tant les formes du dispositif étatique qui sont remises en question que ceux qui les contrôlent. Ce faisant, les positions politiques de ces militants se traduiront par un appui plus ou moins tacite au projet providentialiste (Entrevue n° 23) avec lequel ils ont d'ailleurs certaines affinités au plan organisationnel : centralisation des décisions, rapports de pouvoir hiérarchiques, division stricte des tâches, etc.

### 3.2 La critique artiste

La critique artiste puise ses sources idéologiques principalement dans le mouvement contre-culturel des années 1960 (Boltanski et Chiapello, 1999). Contrairement aux militants politiques « où la notion de désintéressement est centrale » – un désintéressement qui peut aller jusqu'à l'anéantissement de la vie privée dans certains cas –, dans le mouvement contre-culturel, « la libération commence par soi-même » (Piotte, 1987, p. 54). Les affinités de la critique artiste avec le monde de la création et de l'inspiration apparaissent évidentes alors même que le mouvement contre-culturel, qui en constitue la charpente philosophique et idéologique, privilégie « un mode d'exploration de la conscience et de l'intérieur de l'être » (Côté et Harnois, 1978, p. 146). Tout comme les militants politiques, les adeptes de la contre-culture remettent en question le capitalisme, mais ils s'en distinguent « par le fait qu'[ils] se refuse[nt] à privilégier la voie politique pour lui préférer une stratégie de sensibilisation de la conscience, par le biais de la revalorisation du vécu individuel et de l'expérience sensorielle » (*ibid.*, p. 146). La contre-culture constitue de ce fait une « réaction au système technocratique ». On rejette alors les modes de fonctionnement de la société industrielle qui valorise la « modernisation, la rationalisation et la planification » (*ibid.*, p. 148). Dans cette optique, les tenants de la contre-culture s'opposent aux excès de la société industrielle et veulent lui substituer « leur spontanéité et leur impulsivité, afin de contrecarrer les velléités systématisantes et totalitarisantes des moyens de contrôle » (*ibid.*, p. 150). Au Québec, ce courant de libération, venu des États-Unis, prendra diverses formes. Une de ses variantes de type anarchique s'exprimera à travers la revue *Mainmise* qui paraîtra de 1970 à 1978 (Moore, 1973 ; Duchastel, 1978).

Le mouvement contre-culturel – et par extension la critique artiste – va aussi trouver une voie d'expression au sein du courant autogestionnaire qui s'est incarné d'un point de vue intellectuel au Québec, principalement dans les travaux de Marcel Rioux et de Gabriel Gagnon et la revue *Possibles*. Mettant de l'avant des « pratiques émancipatoires » favorisant une cogestion égalitaire entre permanents et bénévoles-usagers dans les organisations communautaires afin de pallier l'hétéronomie des pratiques bureaucratiques (Gagnon et Rioux, 1988, p. 129), ce courant, porteur d'une

« utopie concrète », cherche dans « les lieux mêmes où se construit une vie différente et où s'élabore la multiplicité des possibles » – c'est-à-dire au sein même des groupes populaires – les expériences susceptibles d'enrichir « un imaginaire social créateur qui viendrait restructurer [la] spécificité culturelle [du Québec] » (*ibid.*, p. 126). Les affinités avec les principes de la critique artiste sont manifestes dans la pensée politique de ces sociologues de l'autogestion qui, de leurs propres aveux, se doivent d'avoir comme compagnon de route « l'artiste et le savant » afin d'explorer les lieux de « l'impensé et de l'inédit » (*ibid.*, p. 134).

Le mouvement contre-culturel trouve ses adeptes principalement au sein de la jeunesse éduquée et du mouvement étudiant (Lazure, 1970). Il a profondément pénétré le Québec et influencé de manière importante d'autres mouvements tels que le mouvement d'émancipation des femmes et le mouvement écologique, même si la présence du mouvement nationaliste et du mouvement syndical en ont limité l'expansion (Duchastel, 1978). Plusieurs femmes militantes ont puisé dans ce mouvement une philosophie de « coopération », d'« harmonie » et de « tolérance mutuelle des différences et des individualités » (Proulx, 1982, p. 65) qui faisaient souvent défaut aux groupes marxistes, organisés sur des bases hiérarchiques très strictes et dirigés majoritairement par des hommes (Piotte, 1987, p. 111). De fait, ce mouvement, qui s'est répandu de façon plutôt « diffuse » au Québec, a inspiré de nombreuses pratiques (Duchastel, 1978, p. 347) en proposant une alternative à tous ceux et celles qui rejetaient le pouvoir comme forme de domination<sup>15</sup>.

À cet égard, on peut penser que plusieurs militants marxistes déçus ont trouvé, dans ce courant idéologique, une réponse salvatrice aux désillusions découlant de leur engagement dans les groupes politiques radicaux. La mouvance contre-culturelle semble ainsi avoir constitué une dimension importante de ce que certains ont appelé « le populisme » qui s'est développé, à la fin des années 1970, dans certains organismes populaires, en réaction aux tentatives d'hégémonie politique des groupes marxistes (Désy *et al.*, 1980, p. 167-168). Ce populisme, porté principalement par « la petite bourgeoisie » (donc, la classe moyenne), se caractérisait alors par une méfiance envers toute forme de militantisme politique (incluant les syndicats), un anti-intellectualisme affiché, une valorisation des relations de proximité et l'autogestion au sein des organisations (*ibid.*, p. 167).

---

15. Par contre, certains observateurs de l'époque semblent davantage avoir analysé le mouvement contre-culturel en tant que vecteur de déconstruction des luttes sociales, par la négation des classes sociales et des rapports de classe qu'il sous-tend (Duchastel, 1978), et dans le cadre d'un mouvement « utopique » récupéré par l'idéologie dominante (Moore, 1973).

Mais une fois dépassé le débat sur le repli politique réel ou apparent de ces militants, force est de constater que l'influence de la contre-culture (et du monde de l'inspiration) sur plusieurs de ces militants convertis a permis à ceux-ci de réorienter leur « militantisme » dans le sens d'activités axées sur le développement de nouveaux organismes de type coopératif ou associatif ainsi que sur l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation du travail au sein de leurs organismes (Entrevue n° 23 ; Valiquette, 2004). En revanche, cette conversion tardive de certains militants aux principes de la critique artiste va laisser des traces dans leur vision du développement des services sociosanitaires. Elle a pu faire naître chez certains des positions parfois paradoxales par rapport à leur engagement dans les projets politiques visant le développement des milieux communautaires. Nous y reviendrons un peu plus loin.

#### 4. LE COMPROMIS ENTRE LA CRITIQUE SOCIALE ET LA CRITIQUE ARTISTE

Les cliniques et les groupes populaires mis sur pied à la fin des années 1960 et au début des années 1970 ont profité de l'influence de la critique artiste alimentée par les idéaux du mouvement contre-culturel, et puisant ses racines idéologiques à la fois dans les principes de la réciprocité et de la créativité. Comme nous tenterons de le démontrer, ces organisations ont vu le jour (du moins, certaines d'entre elles) grâce à une conjoncture particulière permettant d'établir un compromis complexe entre la critique artiste (agencement principal entre les principes du militantisme et de la créativité) et la critique sociale (agencement principal entre les principes du militantisme et de la participation). Toutefois, ce compromis novateur – mais néanmoins fragile – entre les deux formes de la critique ne semble pas avoir pu résister à la montée des groupes politiques radicaux, ni à la syndicalisation qui a accompagné le processus d'institutionnalisation auquel ont dû se soumettre ces organisations à la suite de l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1971.

De plus, il faut considérer que les figures de ce compromis ont pris des contours parfois dissemblables selon qu'elles prenaient forme au sein des cliniques populaires ou des groupes populaires de services sociaux. Ces compromis ont également évolué au cours des années 1970 en fonction de l'identité des acteurs engagés dans l'organisation des activités et le fonctionnement des instances décisionnelles. Pour mieux saisir les principes d'action à l'œuvre au sein de ces organisations lors du processus d'institutionnalisation ayant mené à la création des CLSC, nous allons, dans les deux sections suivantes, tenter d'en dégager les principaux traits.

#### 4.1. Émergence et développement des cliniques populaires de santé

Les comités de citoyens, par l'entremise des animateurs sociaux, furent à l'origine des premières cliniques communautaires mises sur pied à Montréal à la fin des années 1960 (Boivin, 1988). Deux périodes peuvent être distinguées à cet égard (Godbout et Martin, 1974, p. 81) : la première, qui s'étend de 1966 à 1970, correspond à l'implantation d'une série d'expériences novatrices en matière de services sociosanitaires, expériences dont les organismes phares sont la Clinique communautaire de Pointe St-Charles (1967) et la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968). La seconde phase s'étend sur les années 1971 et 1972 et se caractérise par la mise en place de cliniques communautaires inspirées par les deux initiatives fondatrices mentionnées ci-dessus dans le contexte de l'implantation de la réforme Castonguay-Nepveu (Clinique de la Petite-Bourgogne, Clinique Centre-Ville, la Polyclinique médicale populaire, etc.). Leurs promoteurs cherchent ainsi à devancer la réforme afin d'influencer les structures que prendront les CLSC en gestation sur leur territoire. Ce fut le cas par exemple pour la Clinique de la Petite-Bourgogne (1971) et pour la Clinique du Centre-Ville (1971).

De prime abord, il faut souligner que les cliniques s'imposent comme de nouveaux organismes qui tentent de faire échec au pouvoir des élites traditionnelles dans les quartiers urbains des grandes villes (principalement à Montréal, mais aussi à Québec et à Hull) afin de mieux contrôler l'accès aux ressources sociosanitaires et aux institutions politiques et étatiques (Boivin, 1988; Diotte et Favreau, 1995). La communauté anglophone, riche d'une longue expérience d'engagement bénévole laïc, va fournir les premiers contingents de jeunes professionnels prêts à s'investir dans ces projets issus de l'animation sociale. Ceux-ci remettent en question le pouvoir des membres du clergé et des petites élites locales dans la redistribution des ressources de santé et de bien-être. Ce sont principalement de jeunes médecins-étudiants anglophones en provenance de l'Université McGill qui vont s'impliquer activement dans certaines cliniques communautaires, notamment la Clinique de Pointe Saint-Charles et la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (Godbout et Martin, 1974; Boivin, 1988; Klein, 1970).

Au début des années 1970, on dénombre une dizaine d'expériences sur le territoire québécois, concentrées principalement à Montréal (Godbout et Martin, 1974). Même si leur émergence repose sur un constat partagé « d'inadéquation du système ou d'inaccessibilité des services » (Godbout et Martin, 1974, p. 84), les philosophies d'intervention de ces cliniques demeurent assez diversifiées : certaines font la promotion de pratiques communautaires novatrices, associant à leur mission de soins une

philosophie de « médecine globale<sup>16</sup> » et intégrant à leurs pratiques des volets d'information, d'éducation et de prévention (Godbout et Collin, 1977). D'autres cliniques, par contre, épousent des formes institutionnelles plus traditionnelles s'apparentant, dans certains cas, aux cliniques privées (gestion participative réservée aux professionnels, rémunération à l'acte des médecins, concentration des activités sur les soins à donner, etc.).

De fait, l'innovation la plus généralisée dans les cliniques, toutes tendances confondues, se situe de manière prépondérante dans le développement à divers degrés d'une « médecine globale » : accessibilité des services, gamme plus complète de soins, intégration des volets prévention et suivi (Godbout et Martin, 1974, p. 115). En ce qui a trait aux diverses formes d'innovation qui peuvent avoir été engendrées, leur pénétration au sein des cliniques variera en fonction du type d'intérêt porté par les acteurs concernés.

Il faut donc se garder de considérer ces cliniques comme des lieux idéologiques homogènes. Les formes de coordination qu'on y retrouve restent complexes et traversées par de multiples tendances parfois contradictoires. À la Clinique Saint-Jacques, par exemple, plusieurs professionnels sont porteurs d'une « approche humaniste » caractérisée par la générosité et le bénévolat ainsi que par certaines valeurs issues « de la contre-culture qui pousse de jeunes professionnels à désertir les institutions dans le but d'insuffler un peu plus d'humanité à leurs activités professionnelles » (Boivin, 1988, p. 42). Ces nouvelles pratiques que certains professionnels veulent expérimenter, qui font appel aux principes de l'inspiration et de l'autonomie, ne sont donc pas exemptes de visées sociales, comme en font foi les remarques d'une professionnelle recueillies par Bonnie Klein en 1970 dans son documentaire sur la Clinique Saint-Jacques : « c'est curieux, les gens ont plus besoin de parler qu'ils sont malades ; les gens ont besoin de

---

16. Ce concept de médecine globale renvoie à une vision de la médecine où l'on tient compte de l'existence de divers aspects de la pratique (prévention, traitement, réadaptation, suivi, etc.) dans la mise en place d'un plan d'intervention auprès du patient. Il se rapporte également à une approche médicale qui reconnaît l'impact des modes de vie et de l'environnement sur la santé des personnes. Le concept de médecine globale s'oppose donc à la conception spécialisée et compartimentée de la médecine (Godbout et Martin, 1974, p. 28-30). Ce concept était non seulement au cœur de la réforme Castonguay-Nepveu, mais il empreignait également les orientations qu'entendait se donner le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Canada) à la même époque, comme en témoigne un document publié en 1974 par le gouvernement fédéral et intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens » (Lalonde, 1974).

dire ce qu'ils ont sur le cœur» (Klein, 1970). Ces propos sont un exemple parmi d'autres qui rendent compte de l'esprit d'ouverture et des rapports de convivialité qui régnaient à l'époque entre les usagers et le personnel de la clinique. Ils manifestent également la volonté du personnel de faire en sorte que la Clinique devienne non seulement un organisme qui offre des soins, mais également un lieu de socialisation qui permet aux gens de créer des liens sociaux et de s'exprimer sur leur vécu et leurs problèmes quotidiens.

Ce qui n'empêche pas certains médecins de considérer la Clinique Saint-Jacques «comme une simple bonne œuvre et absolument pas comme une voie prometteuse de renouvellement de la pratique de la médecine» (Boivin, 1988, p. 43). La pratique de ces derniers trouve sa justification dans une vision assez traditionnelle des services médicaux relevant davantage d'une forme de charité que d'une réelle volonté de transformation des rapports entre intervenants et citoyens. Malgré ces divergences idéologiques, la cohésion de la clinique semble avoir été assurée par la prégnance de principes d'action intégrant certaines formes de militantisme et de participation citoyenne. Les membres du personnel, en effet, «partagent [tous] une commune sympathie pour le fait que des gens d'un quartier défavorisé désirent prendre en main les moyens pour changer leurs conditions de vie» (Boivin, 1988, p. 43).

Les cliniques mises en place à cette époque font également appel à des modalités de participation citoyenne diversifiées au sein de leurs activités. La Clinique Saint-Jacques n'hésite pas à embaucher du personnel issu du quartier et à les engager de manière conjointe avec les professionnels, tant au plan des instances décisionnelles de la clinique qu'au regard des décisions touchant l'organisation du travail (Boivin, 1988), la seule condition de leur participation étant leur adhésion aux objectifs de la clinique (Godbout et Martin, 1974, p. 139). La Clinique de la Petite-Bourgogne, par contre, se développe davantage sur le modèle coopératif en privilégiant le statut d'usager comme condition de participation aux instances démocratiques. Par le fait même, elle tend à exclure de ces instances les professionnels qui contrôlent seuls, en revanche, la distribution des soins. La plupart des autres cliniques existantes se caractérisent par «un modèle mixte» qui emprunte certaines modalités aux deux modèles exposés précédemment.

Les modèles institutionnels et organisationnels des cliniques vont toutefois évoluer dans le temps sous la pression des besoins financiers et de l'influence des permanents et des groupes politiques radicaux qui vont, à certaines périodes, monopoliser les instances décisionnelles de ces organisations. Si la Clinique Saint-Jacques a d'abord été créée sous la forme d'un OBNL en 1969, son fonctionnement ne tardera pas à s'apparenter à celui

d'une coopérative de santé au début des années 1970 puisque ses promoteurs vont instituer la cotisation obligatoire aux citoyens désireux de recevoir des services<sup>17</sup> (Boivin, 1988, p. 55 et 97-99).

D'ailleurs, la question du financement semble avoir joué un rôle prépondérant, tant dans le développement des cliniques médicales que dans celui des autres organisations populaires mises sur pied à cette époque. Ainsi, la plupart des cliniques ont pu débiter grâce à des subventions *ad hoc*, des dons de toutes sortes « y compris cette forme de don que constitue le bénévolat des ressources communautaires et professionnelles » (Godbout et Martin, 1974, p. 78). Mais les artisans de ces cliniques prennent rapidement conscience des limites opérationnelles d'une organisation reposant uniquement sur le bénévolat du personnel et les dons en espèces provenant de sources privées. Exprimant ses inquiétudes à cet égard, un médecin de la Clinique Saint-Jacques dira d'ailleurs que « tout repose sur l'enthousiasme et le bénévolat des gens qui viennent ici. Mais ça va marcher combien de temps? » (Klein, 1970).

En fait, on cherche assez rapidement d'autres sources de financement afin d'assurer une présence professionnelle continue et un élargissement des heures d'ouverture. D'abord, la salarisation des médecins a constitué une source de revenu non négligeable pour certaines organisations. À la Clinique Saint-Jacques<sup>18</sup>, le premier médecin embauché versait la totalité de ses revenus tirés de l'assurance maladie à l'organisme. En retour, il recevait un salaire moindre que les montants accordés par la régie de l'assurance maladie (95 \$ nets par semaine en 1970), la différence étant versée au budget de fonctionnement de la clinique (Entrevue n° 36). Ce mode de financement, utilisé par la plupart des cliniques – et qui renvoie d'une certaine manière, « au bénévolat des médecins » –, leur permet de se développer et d'embaucher du personnel (Godbout et Martin, 1974, p. 81).

D'autres sources de revenus sont, par la suite, venues s'ajouter, notamment en provenance, d'une part, du gouvernement fédéral par l'entremise des Projets d'initiatives locales (PIL) ou du programme Perspective jeunesse et, d'autre part, du gouvernement provincial par l'attribution de subventions du ministère des Affaires sociales (Godbout et Martin, 1974, p. 75-81; Godbout et Collin, 1977, p. 158). Dans le cas de la Clinique Saint-Jacques, on a surtout pu compter sur l'octroi d'une

---

17. Cette obligation de cotisation, fixée à 2 \$, était toutefois gérée avec souplesse et il semble bien que la Clinique n'ait jamais refusé de soins à une personne incapable de payer cette cotisation.

18. La Clinique se vantait d'ailleurs de posséder le premier médecin salarié au Québec (Boivin, 1988, p. 95).

subvention de la Fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises (Boivin, 1988, p. 97). La Clinique de Pointe Saint-Charles a, quant à elle, bénéficié d'un appui financier important de l'Université McGill (Godbout et Martin, 1974, p. 78). Mais de manière générale, on peut dire que la situation financière des cliniques demeurerait précaire et s'avérerait une source d'inquiétude constante pour leurs promoteurs compte tenu des contraintes et des rigidités des programmes fédéraux, de la faiblesse de l'appui gouvernemental québécois et des incertitudes liées au « bénévolat » des médecins ainsi qu'à l'obtention de revenus provenant d'autres sources privées.

#### 4.2. Émergence et développement des groupes populaires de services sociaux

Avant de procéder à l'examen du processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires ayant présidé à la naissance des CLSC, il importe d'analyser la situation des organismes populaires œuvrant dans le domaine des services sociaux au tournant des années 1970. Ces organismes constituent l'autre composante novatrice de services que le gouvernement du Québec a tenté d'intégrer (du moins partiellement) au secteur public par l'entremise des CLSC dans sa réforme de 1971, en prenant exemple sur les centres communautaires et les maisons de quartier.

La plupart de ces organismes ont vu le jour à l'initiative de comités de citoyens. Certains ont été créés de toutes pièces à la fin des années 1960 et au début des années 1970 à partir de l'action d'animateurs sociaux et de citoyens, alors que d'autres ont vu le jour sous une forme plus traditionnelle de services de bienfaisance, dirigés par des membres des communautés religieuses, pour ensuite se transformer en maison de quartier ou être intégrés au sein d'un centre communautaire (Godbout et Martin, 1974). Émergeant sur la base de besoins non satisfaits par les dispositifs institutionnels traditionnels et d'une critique de la pratique sociale en vigueur dans les agences de service social, ces organismes ont un mode de fonctionnement qui se caractérise par une faible présence professionnelle et une participation active des citoyens<sup>19</sup>.

C'est alors qu'apparaissent, au milieu des années 1970, les premières organisations issues des nouveaux mouvements sociaux, notamment du mouvement jeunesse, du mouvement des femmes et du mouvement de vie autonome (personnes handicapées, personnes ayant des problèmes de

---

19. Cette participation pouvait toutefois varier en fonction des organismes et des orientations prises au fil du temps par leurs promoteurs.



santé mentale, etc.). Ces organisations en sont encore, pour la plupart, à leur phase d'expérimentation et leurs structures sont souvent fragiles et instables. Néanmoins, elles s'imposent graduellement comme une option à certains services publics ou privés ou comme une réponse à certains besoins non comblés par l'État. Au sein du mouvement jeunesse, par exemple, on assiste à l'émergence du Bureau de consultation jeunesse à Montréal (Entrevue n° 19), des premières maisons de jeunes (RMJQ, 1996) et des premiers organismes orienteurs (qui deviendront par la suite les organismes de justice alternative) (ROJAQ, 1997). C'est aussi l'époque de la mise sur pied de la première vague d'organismes communautaires d'hébergement jeunesse (Service d'hébergement Saint-Denis, maison Le tournant, maison de Granby, etc.) (Entrevue n° 1 ; RMHJQ, 1988).

Les principes de la critique sociale et de la critique artiste semblent encore ici se conjuguer de manière complexe à l'intérieur des composantes organisationnelles et institutionnelles de ces groupes. Le refus du formalisme inhérent aux pratiques professionnelles, la recherche de nouvelles formes de participation et l'établissement d'une programmation d'activités et de services déterminés en priorité par les usagers confèrent à ces groupes une originalité certaine par rapport aux formes plus traditionnelles de services sociaux. Leur fonctionnement se caractérise toutefois par une certaine instabilité qui n'est sans doute pas étrangère au caractère expérimental et même quelquefois improvisé de leur programmation d'activités et de leurs instances participatives. En outre, les structures démocratiques de ces groupes contribuent à cette instabilité en les exposant à des prises de contrôle soudaines (et souvent non souhaitées) par des acteurs sociaux provenant de l'extérieur. En témoigne, à la fin des années 1970, la soumission de plusieurs organismes populaires à des débats politiques menés à l'initiative de groupes politiques radicaux. Ces débats se sont souvent faits au détriment de la mission initiale de services de ces groupes. Dans ce dernier cas, on assiste à l'hégémonie d'une forme radicale de la critique sociale sur la critique artiste. Mais l'inverse a aussi été observé. Certaines maisons de quartier, par exemple, se sont vu dépouiller de leur mission initiale de services aux citoyens du quartier, au profit d'activités culturelles organisées par de jeunes étudiants animés par les idéaux du mouvement contre-culturel, ayant investi les instances démocratiques de ces organisations. Les principes de la critique artiste ont alors pris le pas sur ceux de la critique sociale et sont venus modifier la dynamique ainsi que les objectifs de ces organismes, parfois au détriment de la satisfaction des besoins exprimés par les citoyens du quartier.

Par ailleurs, du point de vue du financement, ces groupes populaires de services tirent principalement leurs revenus du gouvernement fédéral (à travers le PIL) et des fédérations d'œuvres de charité (Godbout et Collin,

1977, p. 158). Le bénévolat constitue également une ressource importante pour plusieurs groupes (Godbout et Martin, 1974, p. 164). En outre, les organismes populaires actifs dans le domaine des services sociaux sont beaucoup plus nombreux que ceux œuvrant dans le domaine de la santé qui sont constitués presque exclusivement de cliniques populaires (Godbout et Martin, 1974, p. 191). Il faut dire que les organismes de services sociaux interviennent dans un champ beaucoup plus vaste incluant le juridique, la consommation, les garderies, le logement, les loisirs, etc. (Favreau, 1989; Bélanger et Lévesque, 1992).

Ces groupes tendent à se diviser en deux composantes principales : l'une faisant la promotion du développement de services par l'entremise de citoyens-usagers voulant être aidés au plan de leurs conditions de vie (ce qui n'exclut pas, toutefois, comme nous l'avons souligné plus haut, que certains groupes s'engagent prioritairement dans le développement d'activités à caractère plus culturel ou de loisirs); l'autre s'investissant dans la défense de droits et la transformation des structures institutionnelles étatiques<sup>20</sup>. Si les premiers critiquent les services mis en place dans le cadre du providentialisme en proposant des alternatives aux institutions étatiques (revendications de nature principalement qualitative), les groupes de défense de droits, quant à eux, vont plutôt revendiquer davantage de services de l'État (revendications de nature principalement quantitative), inscrivant ainsi leurs actions dans le sens d'un renforcement du providentialisme. Dès lors, cette «double demande», à la fois d'accroissement de services étatiques et d'augmentation des ressources financières pour développer des services autonomes gérés par les citoyens-usagers, alimente une contestation générale en provenance de la société civile, mais une contestation qui propose des solutions différentes aux problèmes de santé et de bien-être des populations et qui prend sa source dans une vision différenciée du rôle de l'État dans le système sociosanitaire (Bélanger et Lévesque, 1992).

---

20. À l'évidence, c'est la composante «service» plutôt que celle «défense de droits» des groupes populaires qui intéressait davantage les artisans de la réforme Castonguay-Nepveu. Par contre, le flou entourant à la fois le contenu et les méthodes de la pratique dans les services sociaux va constituer un obstacle majeur – mais il ne sera pas le seul – à la mise en place des innovations découlant des groupes populaires de services sociaux dans les CLSC. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette difficulté ainsi que sur le thème de l'équilibre (ou plutôt du déséquilibre) entre services de santé et services sociaux à l'intérieur des CLSC, afin d'analyser les circonstances de la constitution de ces nouveaux arrangements institutionnels.

### 4.3. Convergences et divergences dans les processus de développement des cliniques populaires et des groupes populaires de services sociaux

Les caractéristiques parfois différentes que nous venons de mettre en relief entre les cliniques populaires de santé et les groupes populaires de services sociaux ne les empêchent pas de partager un objectif commun de transformation du système et d'avoir une référence commune au principe de la participation par leur volonté d'agir « pour et avec » les populations défavorisées. Ces deux types d'organismes font également appel au don comme élément important de cohésion interne de leurs activités, tant au plan organisationnel (implication dans la livraison des services) qu'au plan institutionnel (participation aux instances décisionnelles). En revanche, les moyens mis de l'avant pour transformer le système sociosanitaire sont diamétralement opposés. Si les cliniques populaires tentent de mettre sous le contrôle de citoyens-usagers l'expertise de professionnels du milieu médical, l'action des groupes de services sociaux vise plutôt à remplacer les professionnels du social (laïc et religieux) œuvrant dans les agences afin de contrôler eux-mêmes l'accès aux ressources étatiques et les relations avec les institutions externes (Godbout et Martin, 1974, p. 193).

Cette façon de faire comporte une dimension politique fondamentale qui outrepassa la simple organisation des services. En fait, l'utilisation des professionnels constitue la principale ligne de démarcation qui permet de différencier l'orientation et le fonctionnement des cliniques populaires de santé de celui des groupes populaires de services sociaux (Godbout et Martin, 1974, p. 141). Ce faisant, elle laisse une empreinte importante sur les pratiques qui sont plus normées au sein des cliniques de santé par rapport aux organismes de services sociaux qui, au contraire, tendent à rejeter tout compromis avec ce type de pratiques. Cette présence de méthodes scientifiques et de pratiques systématisées dans les cliniques populaires vient ainsi fortement encadrer, sinon restreindre le renouvellement des pratiques porté par les principes de créativité et d'inspiration qui y sont aussi présents. Comme l'expliquera un professionnel ayant pratiqué plusieurs années dans une clinique populaire, l'acte médical comme tel n'a jamais vraiment été remis en question dans sa forme et son contenu :

Et c'est peut-être une lacune en regardant en arrière, c'est quelque chose qu'on aurait pu un peu plus développer, conceptualiser l'aspect médical et le développer comme une nouvelle pratique médicale. D'un autre côté, notre pratique médicale, de beaucoup de façons, était assez traditionnelle (Entrevue n° 36, p. 14).

Il faut dire que la pratique médicale renvoie à un ensemble de pratiques fortement codifiées et jouit d'un prestige enviable comparativement aux pratiques issues du domaine social. Elle repose sur une expertise scientifique structurée qui lui permet de s'imposer à la fois en tant que discipline scientifique et en tant que pratique répondant à des besoins universels.

Les services sociaux, quant à eux, ne disposent pas d'un tel capital symbolique, ni de l'assurance que peut procurer, chez les bénéficiaires, l'éventail des moyens technologiques qui accompagnent la pratique médicale. Il faut se rappeler que dans le contexte d'une société structurée autour des institutions fordistes et providentialistes, le progrès technologique et le progrès social vont de pair (Lipietz, 1989), ce qui n'a pu que contribuer au renforcement de l'aura de légitimité qui s'est érigée autour de la médecine industrielle au cours du XX<sup>e</sup> siècle (Pierret, 2003). En outre, l'acte médical peut difficilement être contesté par les citoyens-usagers alors que la pratique sociale, précisément en raison de son faible degré de formalisme, se prête davantage à une appropriation critique, d'autant plus que plusieurs des organismes populaires répondent à des besoins nouveaux pour lesquels aucune réponse institutionnelle satisfaisante n'avait été formulée jusque-là : garderies, aide aux toxicomanes, aide aux consommateurs, etc. Dès lors, le déploiement de principes d'action favorisant la créativité et l'innovation (monde de l'inspiration) s'en trouve grandement favorisé puisqu'il surgit dans un espace en grande partie non institutionnalisé. Enfin, le recours aux services sociaux (souvent associé à la pauvreté) présente pour les citoyens un aspect stigmatisant qui est absent de la consommation des services de santé considérés, eux, comme plus universels.

Ces éléments distinctifs des cliniques communautaires et des groupes populaires de services sociaux sont à retenir puisqu'ils auront une influence déterminante sur le processus d'institutionnalisation menant à la création des CLSC. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

CHAPITRE 3

**LA RÉFORME  
CASTONGUAY-NEPVEU  
ET L'AVÈNEMENT DE  
NOUVEAUX ARRANGEMENTS  
INSTITUTIONNELS**

La réforme Castonguay-Nepveu constitue un point tournant au Québec dans la constitution d'un système sociosanitaire moderne, libéré des entraves domestiques et religieuses instituées par le modèle de développement libéral qui avait caractérisé le règne de l'Union nationale de Maurice Duplessis. Mais le nouveau modèle providentialiste qui se met en place à partir des années 1970 tend à occuper tout l'espace des réformes et à faire peu de compromis avec des dynamiques autres que celles venant appuyer l'instauration de l'État-providence québécois, notamment l'étatisation des services et la centralisation du système. Dans le chapitre 3, nous mettons ainsi en relief les limites du modèle providentialiste québécois quant à sa capacité d'intégrer pleinement les dynamiques réciprocitaires – caractérisant le nouveau tiers secteur en émergence – au sein du système public de santé et de services sociaux, principalement dans les nouveaux CLSC. C'est à partir des résultats de cette analyse qu'il sera par la suite possible de dégager les principaux facteurs explicatifs de l'émergence d'un programme de soutien gouvernemental destiné aux groupes populaires au cours des années 1970 : le Programme de soutien aux organismes bénévoles.

## 1. RAPPEL DE CERTAINS TRAITS DU MODÈLE LIBÉRAL

La décennie 1970 va être le théâtre d'une véritable petite révolution institutionnelle qui va profondément restructurer le système sociosanitaire au Québec à partir des principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité des services. Ces transformations proviennent d'un constat général d'épuisement de l'ancien modèle libéral ainsi que de l'inadéquation de ses dispositifs institutionnels pour répondre aux besoins sociosanitaires croissants d'une société en pleine mutation sociale, politique et culturelle (Gouvernement du Québec, 1971, 1972).

Il est bon de rappeler que ce modèle libéral laissait une place importante aux corporations privées sans but lucratif, notamment les agences de service social, qui se sont structurées principalement autour de deux formes juridiques au cours des années 1940 et 1950 : soit celle prévue par la troisième partie de la Loi sur les compagnies, qui permet l'existence légale d'organismes sans but lucratif ayant un conseil d'administration autonome (pouvant être composé de laïcs et de religieux), ainsi que celle prévue par la Loi des évêques catholiques romains, qui permettait la constitution d'une corporation à condition que celle-ci ait pour fin « la religion, l'enseignement, l'éducation, la charité et l'hospitalisation » (Gouvernement du Québec, 1972, p. 53). Par contre, dans ce dernier cas, lorsqu'il s'agit d'une œuvre de bienfaisance, seul l'évêque ou son représentant pouvait être membre de la corporation, « les autres personnes invitées à participer à l'activité de la corporation n'[ayant] en droit absolument aucun pouvoir » (*ibid.*, p. 53).

Au fil du temps, cette dernière disposition légale sera graduellement abandonnée par les membres du clergé au profit du statut octroyé par la troisième partie de la Loi sur les compagnies. Néanmoins, l'existence même de la Loi des évêques et son application à quelques agences de service social donne un aperçu du pouvoir des autorités religieuses de l'époque dans le domaine des services de santé et de bien-être. En outre, même si un nombre croissant d'agences sociales et d'autres organismes de bienfaisance de l'époque ont épousé la formule d'organisme sans but lucratif, dans bien des cas, leur administration restait aux mains de notables locaux ou de membres du clergé, avec une faible participation des citoyens-usagers. Leur financement et leur fonctionnement reposaient en grande partie sur des campagnes annuelles de charité (notamment par l'entremise de la Fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises) et du travail bénévole, malgré une tendance plus marquée à l'embauche de professionnel salarié à partir des années 1950 (*ibid.*, p. 47-54).

Dans ce contexte, les années 1970 apparaissent en rupture profonde avec la période précédente et marquent un tournant dans la gestion des politiques sociales liées au domaine de la santé et des services

sociaux. Comme nous l'avons déjà relevé, ce processus s'amorce principalement avec la création, en 1966, sous le gouvernement de Jean Lesage, de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, mieux connue sous le nom de commission Castonguay-Nepveu. Comme résultats de ses travaux, cette commission va produire et publier, de 1966 à 1972, pas moins de 7 volumes et 28 annexes. Elle sera à l'origine de la réforme la plus importante jamais insufflée au système sociosanitaire québécois depuis la tenue de la commission Montpetit (1930-1933) et la création du ministère de la Santé en 1936<sup>1</sup>.

## 2. LES MODALITÉS INSTITUTIONNELLES DE LA RÉFORME CASTONGUAY-NÉPVEU

La mise en application de plusieurs des recommandations formulées par la commission Castonguay-Nepveu se réalise progressivement à partir de la fin des années 1960, même si la Loi sur la santé et les services sociaux (appelée aussi bill 65 ou chapitre 48)<sup>2</sup>, qui donnera lieu à la nouvelle configuration du système sociosanitaire – et le regroupement des établissements en quatre catégories : centre hospitalier, centre d'accueil, centre de services sociaux et centre local de services communautaires, en plus des conseils régionaux de la santé et des services sociaux et des départements de santé communautaire – ne sera adoptée que le 24 décembre 1971 (MAS, 1972) et ses différentes mesures appliquées qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 1972 (MAS, 1973, p. 16).

---

1. Avant cette date, les services de santé au Québec étaient sous la responsabilité du Service provincial d'hygiène (1922), lui-même issu de la transformation d'une série d'organismes créés à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, soit la Société d'hygiène de la province de Québec (1884), le Conseil d'hygiène de la province de Québec (1886) et le Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec (1917) (Ministère de la Santé, 1966).

2. Ces appellations différentes découlent du processus ayant mené à l'adoption de la loi en 1971. Le bill 65 constitue en fait un avant-projet de loi présenté par le ministre Castonguay en juillet 1971, projet qui fut soumis par la suite aux débats en commission parlementaire qui se sont tenus du mois d'août au mois de novembre 1971. À la suite de ces débats, le premier projet de loi fut révoqué et remplacé par un autre, soumis celui-là à l'attention des parlementaires et adopté au cours du mois de décembre 1971. Le chapitre 48 représente donc la version finale de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971. Le chiffre 48 renvoie au chapitre dans lequel il est inscrit à l'intérieur du recueil des lois du gouvernement du Québec pour l'année 1971.

L'une des premières étapes de ce processus de modernisation fut la création de la Régie de l'assurance maladie en 1969 qui faisait suite à la parution, en 1967, du premier volume du rapport de la commission Castonguay-Nepveu consacré à l'assurance maladie (MSSS, 1986b, p. 105-111). Une autre des conséquences majeures de cette commission est la promulgation, le 8 décembre 1970, du chapitre 42 des lois du Québec qui vient sanctionner l'intégration sous un même ministère des activités jusqu'alors partagées par le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social<sup>3</sup> et qui venait opérationnaliser les concepts «d'approche globale» et de «société du bien-être» soutenus par les promoteurs de la réforme<sup>4</sup>. Ce nouveau ministère portera désormais le nom de ministère des Affaires sociales (MAS). Il aura pour tâche de s'occuper de la conception et de l'application des politiques sociales au Québec (notamment de la Loi de l'aide sociale et des allocations sociales) ainsi que de l'établissement et du maintien des institutions de santé et de services sociaux, en plus de l'administration de la Régie de l'assurance-maladie et du Régime des rentes du Québec (MAS, 1970). Au cours de cette période, le gouvernement va également s'adjoindre pas moins de neuf organismes pour le seconder dans sa mission de santé et de bien-être (MSSS, 1986b, p. 117), notamment un nouvel organisme conseil qui reprend en grande partie les fonctions assumées auparavant par le

---

3. Il faut toutefois préciser que des mesures de rationalisation des activités du ministère de la Santé avaient déjà commencé à être mises en place, surtout au cours de la deuxième moitié des années 1960, que ce soit par l'acquisition d'une vingtaine d'hôpitaux par le gouvernement du Québec, autrefois propriétés de communautés religieuses (Ministère de la Santé, 1967), l'application plus rigoureuse de la Loi des hôpitaux promulguée en 1962 (application de nouvelles normes de gestion, de structure, etc.), la promotion du concept de psychiatrie communautaire, la régionalisation des services (Ministère de la Santé, de la Famille et du Bien-être social, 1968) ou la constitution de huit régions sanitaires sur le territoire québécois (Ministère de la Santé, de la Famille et du Bien-être social, 1969). D'ailleurs, c'est en 1968 que va s'amorcer un processus de fusion administrative entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social; processus qui s'achèvera en 1970 avec la création du nouveau ministère des Affaires sociales. Historiquement, les activités de ces deux ministères avaient déjà fait l'objet d'une intégration au cours d'une brève période, soit de 1940 à 1944.

4. Soulignons que la légitimité de ces nouvelles approches reposent pour une bonne part sur des analyses développées par des experts internationaux ainsi que sur certains documents produits par les Nations Unies, notamment le *Rapport sur la situation sociale dans le monde* (1961) qui met de l'avant une approche centrée sur la recherche d'un équilibre entre le développement social et le développement économique.



Conseil supérieur de la famille: le Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF)<sup>5</sup> qui viendra appuyer le ministre dans l'élaboration de ses politiques à plus long terme (MAS, 1971).

Dans l'ensemble, les commissaires et les personnes-ressources appelées à alimenter la commission d'enquête Castonguay-Nepveu en études et en avis de toutes sortes ont fait la promotion d'un projet providentialiste qui s'articulait autour d'un réseau public de services sociosanitaires. Ce projet était en parfaite concordance avec les prémisses économiques keynésiennes qui accordent une fonction prépondérante aux politiques sociales dans le développement des sociétés industrielles. À cet égard, la vision du développement social portée par les commissaires ne laisse aucun doute sur leurs orientations sociopolitiques et leur adhésion au projet fordiste et providentialiste. Le contenu du volume III traitant du «développement» est particulièrement révélateur à cet égard (Gouvernement du Québec, 1971). La question du développement social y est traitée dans une optique «d'interdépendance du développement social et du développement économique», mettant en relief la nécessité «d'une industrialisation plus poussée» puisque selon les commissaires «l'expansion industrielle [...] est indispensable pour fournir du travail à la main-d'œuvre, élever le niveau des revenus et créer pour la société des ressources financières qui permettent une action sociale plus efficace» (Gouvernement du Québec, 1971, p. 220-221).

Cette référence à l'efficacité (et par extension à la rationalité industrielle ou instrumentale) des services n'est pas anodine. En fait, la question de l'efficacité des services constitue l'un des principaux arguments mis de l'avant par ses promoteurs pour justifier l'orientation de la réforme du système socio-sanitaire. La mise en place de nouveaux dispositifs bureaucratiques, comptables et gestionnaires (monde industriel) comme réponse aux contingences et à l'arbitraire des institutions héritées du modèle libéral se révèle ainsi un élément crucial des transformations qu'on souhaite mettre en œuvre.

Incidemment, il est clair pour les réformateurs du système que «même si elle se mesure plus facilement dans l'économique, la rationalité de l'action ne peut être restreinte à cette seule sphère de l'activité humaine; elle doit s'étendre à tous les secteurs de la vie sociale». Cette primauté de l'action rationnelle (et par conséquent, du monde industriel) doit par contre être mise

---

5. Les autres organismes créés par le gouvernement à cette époque sont: le Conseil consultatif de pharmacologie, l'Office des personnes handicapées du Québec, le Fonds de la recherche en santé du Québec, la Corporation d'hébergement du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale, la Régie de l'assurance maladie et la Régie des rentes du Québec.

au service du principe d'égalité (monde civique) afin d'assurer à la population «des chances égales d'accès aux biens et services». Concrètement, cela signifie la disparition de «toutes les mesures qui restreignent la distribution des biens et des services à des catégories particulières d'individus ou de familles défavorisées» (Gouvernement du Québec, 1971, p. 222).

À cet égard, la réforme issue de la commission Castonguay-Nepveu aura en bonne partie rempli ses promesses. La mise en œuvre des principes de gratuité, d'accessibilité et d'universalité des services vont se traduire, au cours des années subséquentes, par de réels progrès au plan de la consommation des services de santé et de bien-être. Par contre, l'application des principes de la participation citoyenne va faire l'objet d'une plus grande résistance de la part de certains acteurs sociaux peu enclins à partager le pouvoir qu'ils détenaient dans l'ancien régime libéral. Les dispositifs de décentralisation, prévus dans la première version du projet de loi 65, vont être malmenés en commission parlementaire par les représentants de plusieurs catégories de professionnels du réseau ainsi que par les représentants des établissements publics qui tiennent jalousement à conserver leur autonomie de gestion et de pratiques.

Dans son rapport, la Commission prévoyait en effet la création d'offices régionaux des affaires sociales (ORAS) dans chacune des régions administratives du Québec. Ces offices disposaient de pouvoirs importants dans l'organisation des services sur leur territoire : préparation de plans de développement, surveillance et réglementation, répartition des ressources, etc. Or, dans le projet de loi finalement adopté par le gouvernement en 1971 (chapitre 48), les ORAS sont remplacés par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), des organismes qui ont eux aussi une vocation régionale mais qui se voient retirer la plupart des pouvoirs confiés aux offices (Von Schoenberg, 1973). Il semble que cette modification importante de leurs fonctions ne soit pas étrangère aux pressions subies par le gouvernement de l'époque qui a dû faire des «compromis» par rapport aux visées initiales de décentralisation portée par la commission Castonguay-Nepveu. En ce sens, on peut dire que les CRSSS sont restés des dispositifs de décentralisation inachevés qui constituaient, pour le gouvernement, «[...] une sorte de rappel permanent de la décentralisation à faire» (CASF, 1978b).

Quant à l'action bénévole et militante présente au sein de plusieurs organismes issus de la société civile, elle doit être orientée et soumise à des objectifs précis (et donc au principe d'efficacité) si elle veut être en mesure d'apporter une contribution significative au nouveau paradigme en émergence au tournant des années 1970 ; paradigme dans lequel la société «reconnait l'importance d'organiser de façon rationnelle son développement social», tout en prenant conscience «de la nécessité de prévoir son

avenir» afin «d'anticiper les besoins de demain». Car si «autrefois, la société [libérale] s'organisait en fonction du passé et du présent, aujourd'hui, elle s'interroge sur son avenir et manifeste ainsi le besoin de définir un pôle d'intégration à l'action volontaire des individus et des groupes» (Gouvernement du Québec, 1971, p. 227). En conséquence, «l'apport des bénévoles à la distribution des services sociaux, encore qu'utile et indispensable, ne saurait être efficace que si on les met à contribution de façon intelligente et rationnelle» (Gouvernement du Québec, 1972, p. 121).

La volonté de soumettre les principes du don et ses principaux dispositifs (comités de citoyens, organismes communautaires et bénévoles, groupes de défense de droits, etc.) – coupables dans une certaine mesure d'un trop grand isomorphisme institutionnel avec les organisations caritatives de l'ancienne structure libérale – au principe de l'efficacité se reflète dans le libellé même de la loi. En effet, parmi les 168 articles que contient la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971, le législateur ne fait référence directement aux organismes bénévoles qu'une seule fois – et dans un but restrictif – pour préciser que la loi et les règlements qui s'y réfèrent «ne s'appliquent pas aux activités bénévoles supportées principalement par des souscriptions publiques, aux activités d'animation sociale, d'information populaire ou d'entraide sociale ni aux autres activités qui sont prévues par les règlements, lorsque ces activités ne sont pas exercées sous l'autorité d'un établissement» (LSSSS de 1971, article 2, chapitre 48, Gouvernement du Québec). En d'autres termes, la reconfiguration du système passe en priorité par l'établissement d'un réseau public d'institutions et d'établissements publics afin de «rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et de services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social» (Gouvernement du Québec, 1971, chapitre 48, article 3b, loi de 1971).

D'ailleurs, même si la commission recommandait au gouvernement de reconnaître «la nécessité d'un secteur privé de services sociaux<sup>6</sup>», elle ajoutait du même souffle que «ce secteur privé des services sociaux [devait être]

---

6. Précisons que c'est au sein de ce secteur privé qu'on avait pris l'habitude, à l'époque, de situer les organismes communautaires et bénévoles alors que notre cadre théorique les place résolument à l'intérieur d'un secteur distinct des secteurs privé et public, soit le tiers secteur. Quoi qu'il en soit, dans son volume consacré aux services sociaux, la commission distingue deux catégories d'organismes au sein du secteur privé: la première concerne des organismes constitués «à partir de la signification économique du terme privé» et dans lesquels «les préoccupations administratives et budgétaires prédominent». La seconde catégorie d'organismes s'apparente davantage à notre définition du tiers secteur puisqu'elle regroupe des organismes qui «projettent dans l'action

complètement indépendant de l'État dans son financement et dans la réalisation de ses objectifs». En outre, on lui réservait un rôle résiduel et marginal dans le système sociosanitaire puisque les commissaires souhaitent que :

[...] le secteur privé des services sociaux se préoccupe principalement des besoins particuliers qui découlent des attitudes et des valeurs subjectives auxquels les services publics ne peuvent répondre de façon satisfaisante, des besoins nouveaux qui émergent constamment dans une société en mutation, des besoins imprévus occasionnés par des situations d'urgence et, enfin, des aspirations socioculturelles qui ne peuvent pas, par définition, être enfermées dans un système (Gouvernement du Québec, 1972, p. 250).

Les promoteurs de la réforme reconnaissent donc à ces organismes une capacité d'innovation puisqu'on leur concède le champ des nouveaux besoins émergeant de la société en transformation (*ibid.*, p. 247). Mais là s'arrête leur rôle structurant au sein du système; les autres fonctions auxquelles on les destine (demandes particulières ou imprévues et aspirations socioculturelles) concourent plutôt à en faire uniquement des acteurs secondaires dans le nouveau réseau en gestation.

Pour comprendre cette mise à l'écart des organismes sociaux dits «privés», il faut à la fois expliciter les problèmes qu'on tentait de résoudre par la réforme de 1971 et rendre compte des transformations sociopolitiques et technologiques qui marquent cette époque. Car c'est une transformation radicale de l'organisation du réseau sociosanitaire qui survient au tournant des années 1970 avec la mise en application de la réforme Castonguay-Nepveu. Comme nous l'avons mentionné précédemment, on assiste alors au passage d'un système, hérité de la période libérale dont les institutions reposent de manière dominante sur le bénévolat et la charité, à un autre qui tente de se structurer autour des principes de l'efficacité et, dans une moindre mesure, de la participation citoyenne. Ce nouveau compromis institutionnel, caractéristique du modèle de développement fordiste et providentialiste, relève donc d'une nouvelle vision de l'organisation des services qui tente d'asseoir sa légitimité sur un discours scientifique donnant accès à la modernité et faisant entrer de plain-pied les services sociosanitaires dans le XX<sup>e</sup> siècle.

---

immédiate les intérêts proches des communautés et des groupes naturels», tout en intégrant à leurs instances «une participation plus large que les précédents». En outre, à l'intérieur même de cette seconde catégorie, on distingue deux types d'organisations: les premières dites «traditionnelles» (par exemple, les Conférences Saint-Vincent-de-Paul); les secondes qualifiées de «nouvelles» (par exemple, le Bureau Consultation-jeunesse) (Gouvernement du Québec, 1972, p. 246).

À cet égard, si une vague de dispositifs technocratiques a déferlé sur l'ensemble des nouvelles composantes du système sociosanitaire québécois (centres hospitaliers, centres d'accueil, centres de services sociaux et CLSC) comme manifestation du progrès social institué par le fordisme, les CLSC avaient, quant à eux, un défi supplémentaire à relever. Ils ont constitué le lieu de cristallisation des innovations qu'on voulait introduire dans le système à partir des pratiques mises en œuvre dans les cliniques et les groupes populaires (voir le chapitre 2). Voulant intégrer les caractéristiques de gestion participative qui avait fait la réputation des groupes populaires, les CLSC seront les établissements du MAS qui compteront le plus de citoyens-usagers dans leur conseil d'administration.

Nouvelle porte d'entrée du réseau, les CLSC revêtent, aux yeux du MAS, «une importance capitale en raison du rôle stratégique que ces établissements sont appelés à exercer dans la distribution des services de santé et des services sociaux» (MAS, 1973, p. 17). Les attentes du Ministère sont élevées à leur égard puisqu'en plus d'offrir «des services généraux de prévention, de traitement et de réadaptation», on leur confie le mandat d'établir «la liaison entre les aspects physiques et les aspects psychologiques» de la maladie (MAS, 1973, p. 17), dans le cadre de la mise en application du nouveau principe de médecine globale qui traverse les sociétés industrielles à cette époque. Nous avons vu déjà que cette vision de la médecine était au cœur de la réforme Castonguay-Nepveu. Le Ministère envisage ainsi, dans une première étape, d'implanter 25 CLSC (MAS, 1972, p. 14). Comme nous serons en mesure de le constater dans les sections suivantes, le processus d'implantation de ces nouveaux établissements ne se fera pas sans heurts et donnera lieu à de multiples confrontations.

### **3. LES CLSC ET L'INSTITUTIONNALISATION DES CLINQUES POPULAIRES DE SANTÉ ET DES GROUPES POPULAIRES DE SERVICES SOCIAUX**

Le processus de généralisation d'expériences menées d'abord dans la société civile par l'entremise des cliniques populaires et des centres communautaires connaît de nombreuses difficultés au cours de la première moitié des années 1970. Les promoteurs de ces initiatives ne voient pas d'un très bon œil l'étatisation de leurs organismes comme en fait foi le refus de plusieurs d'entre eux d'adhérer au projet de CLSC (Boivin, 1988). Le processus d'institutionnalisation par lequel on veut créer les CLSC subit très fortement l'influence de l'approche providentialiste et de la forme particulière qu'elle a prise au Québec, soit une étatisation poussée des services dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'examen des

divers articles de lois du chapitre 48 auquel nous avons procédé un peu plus haut, qui démontrait le peu d'intérêt manifesté au maintien du statut autonome des groupes populaires, rend bien compte de ce phénomène.

Certaines cliniques populaires vont mettre sur pied un front commun pour résister au projet gouvernemental (Saint-Jacques, Pointe Saint-Charles, St-Henri, et Centre-Ville). Elles élaborent une critique des CLSC à partir d'un projet de clinique autogestionnaire. Elles considèrent comme une récupération l'initiative gouvernementale et n'attribuent que peu de mérite aux instances de participation mises en place dans les nouveaux CLSC puisque celles-ci n'accordent pas une majorité des voix aux usagers siégeant aux conseils d'administration. En clair, la démarcation fondamentale des cliniques par rapport aux CLSC porte sur la définition des pouvoirs: «les cliniques sont antiétatiques, antihiérarchiques et antiprofessionnalistes» (Boivin, 1988, p. 116). Cela en fait des acteurs radicaux ayant des affinités indéniables avec la critique artiste, non seulement par leur contestation des modalités de participation aux établissements mises en place par la Loi de 1971, mais aussi par leur dénonciation de l'oppression qui mine la liberté, l'autonomie et la créativité des citoyens-usagers. Les cliniques cherchent ainsi à faire éclater le consensus sur la croyance aux convergences entre progrès technoscientifique et progrès social et veulent apporter des solutions à l'hétéronomie des pratiques sociales et médicales issues des bureaucraties et des grandes organisations hiérarchisées.

Le front commun des cliniques va toutefois rapidement se désagréger à la suite de l'apparition de divergences stratégiques entre les cliniques et la difficulté d'articuler une résistance qui soit vraiment coordonnée. La Clinique de Pointe Saint-Charles va ainsi se retirer de ce front commun et poursuivre plutôt l'objectif de négocier un statut particulier de CLSC. L'appel lancé par la Clinique Saint-Jacques à la CSN va aussi rester lettre morte, l'organisation syndicale refusant de joindre les rangs de ce front commun pour combattre la réforme.

De fait, dans plusieurs des territoires d'implantation de CLSC, les groupes populaires vont plutôt tenter d'influencer le mode d'institutionnalisation, plutôt que refuser toute participation au processus sur la base d'un compromis où les organismes populaires obtiennent «la sécurité financière» et le gouvernement «l'expérience du milieu ou du service au milieu» (Godbout et Martin, 1974, p. 85). Les groupes populaires vont ainsi jouer un rôle important dans le processus d'implantation des CLSC, surtout à Montréal, mais ils ne sont pas les seuls. Des représentants de l'élite traditionnelle (des religieux) et des groupes de professionnels (notamment les médecins) vont aussi faire valoir leur point de vue (Entrevues n° 39 et n° 38). L'ensemble de ces acteurs vont difficilement arriver à

former une coalition homogène devant le MAS, les différentes formes de justifications portées par ces acteurs trouvant difficilement un terrain de compromis sur lequel ériger une plate-forme de revendications commune.

Dans plusieurs cas, l'arrivée du CLSC va susciter des conflits importants entre les acteurs sur un même territoire (Godbout et Martin, 1974, p. 295-297). Mais ces conflits trouveront finalement un apaisement soit dans des arrangements locaux, soit dans l'imposition d'un contenu de programmation par le Ministère. De toute façon, malgré les répercussions indéniables de ces conflits sur l'orientation des CLSC, ils n'auront pas un impact aussi structurant sur les formes institutionnelles du réseau des CLSC que le conflit entre les regroupements de médecins et le gouvernement du Parti libéral. Est-il besoin de rappeler ici la vive opposition manifestée par la Fédération des omnipraticiens au salariat des médecins proposé dans les CLSC, salariat calqué sur le modèle des cliniques populaires visant à assouplir les rigidités du cadre d'intervention de la pratique médicale?

Or, la Fédération des omnipraticiens va plutôt proposer à ses membres de concurrencer les CLSC en mettant sur pied des cliniques privées de médecine générale partout au Québec. Ce mot d'ordre sera suivi par plusieurs médecins. La constitution de ce réseau de cliniques privées va constituer un véritable boulet pour les CLSC, boulet dont ils n'arriveront jamais à se débarrasser complètement puisque le recrutement de médecins restera une opération difficile à mener pour plusieurs CLSC tout au long de leur histoire.

Cela dit, les groupes populaires ne sont pas pour autant évacués des rapports de force qui s'établissent dans ce processus d'institutionnalisation. Certes, ces groupes ont une autonomie relative et sont dépendants en bonne partie de certaines institutions pour leur financement et leur survie (programme PIL, Perspectives Jeunesse, MAS, Fédération des œuvres, dons privés, etc.). À l'époque, ces groupes s'alimentent à une dizaine de sources différentes, les contributions provenant du gouvernement fédéral représentant les contributions les plus importantes (Godbout et Collin, 1977). Mais cet appui leur a tout de même permis d'exercer un certain pouvoir sur leur territoire ainsi que dans leur relation avec les organismes publics et privés extérieurs. Selon Godbout et Martin, qui ont réalisé une étude exhaustive du processus d'implantation des CLSC au milieu des années 1970, «l'influence des organismes populaires est certaine, au moins négativement, en ce sens que certaines formes de CLSC ne semblent pas possibles lorsque les organismes populaires sont présents dans le processus», c'est-à-dire des CLSC où règnent la pratique d'une médecine isolée, unidisciplinaire et tournée uniquement vers le curatif (Godbout et Martin, 1974, p. 298).

Dans la même veine, un militant œuvrant dans un comptoir alimentaire de l'est de la ville de Montréal au début des années 1970 relatait, en entrevue, comment cette nouvelle influence des groupes populaires a forcé certains projets d'implantation de CLSC à négocier les conditions de leur établissement sur les territoires :

[...] parce que les CLSC, pour entrer dans les quartiers, rencontraient de la concurrence. Ça démontre un peu ce que représentaient les organismes qui avaient été créés depuis trois ou quatre ans. Les CLSC ne pouvaient pas s'implanter comme ça sans l'accord des organismes communautaires et tout le monde le refusait dans l'Est. Alors il les a achetés l'un après l'autre. Nous autres, au club alimentaire, il a accepté de nous passer pendant quatre ans, un poste à temps plein comme gérant de la coop. [...] Il y a eu plusieurs ententes de services comme ça. [...] Dans d'autres cas, c'étaient des ententes de services, des prêts de locaux..., c'était important. [...] Ça n'a pas été gratuit pour l'administration de ces CLSC-là de pénétrer dans certains milieux. Dans le Sud-Ouest [territoire de la Clinique de Pointe Saint-Charles], ils n'ont pas pénétré "pantoute". Ailleurs, ils sont entrés mais à un certain prix (Entrevue n° 38).

Preuve supplémentaire de ce compromis qu'ont dû faire les CLSC et de l'influence du mouvement populaire sur leurs structures : le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, premier CLSC du réseau à être mis sur pied, abritait au départ dans ses locaux plusieurs initiatives distinctes provenant de la société civile et financées par diverses sources telles que le programme PIL, Perspectives-jeunesse, etc. (Giroux, 1972a, p. 11). Même situation au CLSC Centre-sud où les organismes communautaires avaient un lien très serré avec l'établissement. Un professionnel ayant milité activement à l'époque dans le comité d'implantation de ce CLSC révélait en entrevue les efforts entrepris pour introduire une certaine forme de cogestion à l'intérieur du CLSC :

On avait [mis en place] un ensemble de conditions de travail pour qu'il y ait un écart entre les professionnels et les non-professionnels qui soit le plus réduit possible, pour qu'il y ait une implication des non-professionnels dans les programmes dans l'élaboration des programmes sociaux parce qu'on s'efforçait d'engager des gens du milieu et des gens qui étaient aussi politiquement engagés dans le milieu (Entrevue n° 39, p. 5).

Cette orientation avait pu être donnée grâce à l'investissement d'un certain nombre de travailleurs et de militants au sein du conseil d'administration du CLSC. Par contre, ce genre d'approche n'était pas généralisé à l'ensemble de ces établissements. D'autres CLSC ont plutôt cherché à s'intégrer au projet du Ministère, sans le contester, ce qui n'a pas permis de faire les mêmes gains qu'aux CLSC Centre-sud et Hochelaga-Maisonneuve (Entrevue n° 39).



En outre, la présence de professionnels au sein de ces organismes semble constituer une condition nécessaire à la reconnaissance et à l'exercice de ce nouveau pouvoir (Godbout et Martin, 1974). Comme le signalait l'auteur de l'histoire de la Clinique Saint-Jacques, « rendre diffuses les différences de pouvoir, nier qu'elles existaient, n'a pas empêché que le pouvoir des professionnels s'exerce souvent à leur corps défendant » (Boivin, 1988, p. 249). La force d'attraction exercée par les dispositifs d'intervention normatifs et professionnels, dans le contexte du fordisme et du providentialisme, semble ici encore imposer aux autres principes d'action en présence des compromis qui, au fil du temps, n'ont pas toujours tourné à leur avantage, entraînant souvent la mise en extériorité du don par rapport aux compromis initiaux, de même que la régression de la participation citoyenne au sein du rapport de consommation. Dès la fin des années 1970, en effet, sous prétexte de restrictions budgétaires, il semble bien qu'on ait mis un terme à certaines expériences de gestion collective dans les CLSC (Entrevue n° 39; Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987).

Ainsi, on peut penser que les valeurs portées par la critique sociale (droit aux services) ont davantage marqué le processus d'institutionnalisation des cliniques populaires que celles provenant de la critique autonomiste (création et innovation). En outre, le monde du don, présent à l'origine dans la critique sociale, est expulsé en bonne partie de ce compromis au profit d'une organisation technocratique des services dans les arrangements organisationnels et institutionnels qui caractérisent les CLSC.

D'une part, au sein du volet médical, les innovations portées par les cliniques populaires constituent un élément important des pratiques que le MAS veut instituer dans les CLSC (notamment la participation citoyenne et la proximité avec les communautés). Par contre, leur influence est limitée par la capacité des CLSC de recruter des médecins qui acceptent les nouvelles règles du jeu. Dans ce contexte, la médecine pratiquée dans les CLSC, malgré son caractère novateur marqué d'un plus grand humanisme, d'une participation citoyenne et d'une vision globale de la maladie, n'a pas trouvé suffisamment d'appui parmi les médecins pour être en mesure de transmettre une dynamique significative à l'ensemble du système. Seul le volet de la participation citoyenne a pu être appliqué de manière généralisée dans les CLSC (et avec un succès moyen), puisque ces modalités étaient inscrites dans la loi et, dès lors, échappaient au contrôle des médecins (Godbout et Martin, 1974).

D'autre part, malgré les velléités autogestionnaires de certains promoteurs des cliniques populaires, il faut bien voir que ce principe d'autogestion trouvait ses limites dans les contraintes mêmes de la pratique médicale,

fortement encadrée et soumise aux impératifs de la techno-science. L'intégration de ces professionnels dans un projet de participation démocratique dépendait en grande partie de leur bonne volonté et des valeurs sociopolitiques et du degré de militantisme affichés par ces professionnels. Dans la réalité, on peut penser que le modèle des cliniques s'apparentait davantage à un projet de cogestion partagé par les professionnels et les citoyens-usagers et, dans certains cas, les citoyens-travailleurs (Boivin, 1988). Une fois débarrassées de leur voile idéologique, les pratiques des cliniques communautaires apparaissent en effet assez près (du moins en principe) du projet de réforme du MAS. Mais comme nous venons de le relever, la résistance des professionnels de la santé à l'adoption de ce type de médecine, leur volonté de poursuivre une pratique caractérisée davantage par la rationalité instrumentale et une logique corporatiste, notamment par le maintien d'une appropriation quasi exclusive de l'acte médical, une division stricte du travail à l'intérieur des établissements, le contrôle et l'intégration à la fois verticale (autodéfinition du contenu des pratiques, orientation des lieux de formation, recherche, etc.) et horizontale des diverses sphères de la pratique (mainmise de la pratique médicale dans la plupart des établissements)<sup>7</sup>, a nui considérablement à la généralisation des innovations. En outre, l'institutionnalisation des CLSC se fait durant une période (les années 1970) où la médecine technoscientifique est à son apogée (Pierret, 2003), ce qui n'était pas de nature à créer un climat favorable à l'introduction d'une pratique médicale plus démocratique, ni à favoriser l'établissement de compromis avec les fédérations de médecins qui ont maintenu leur opposition au type de médecine proposé par la réforme.

Par ailleurs, à l'encontre peut-être d'une idée assez répandue, c'est le volet social des CLSC qui présentait un écart plus prononcé avec le projet des groupes populaires. Dans le domaine du social, en effet, les pratiques se moulent plus facilement au projet autogestionnaire puisqu'elles se réfèrent à des contenus disciplinaires moins codifiés que ceux de la santé. La pratique objective des groupes populaires pouvait ainsi prétendre à une plus grande appropriation de la praxis au point de vue organisationnel (contrôle de l'organisation du travail et du contenu des pratiques) et institutionnel (contrôle de la gestion des ressources),

---

7. À cet égard, Ulrich Beck défend la thèse selon laquelle la médecine, comme nulle autre profession avant elle, a su s'assurer et se construire «une protection fondamentale contre les tentatives de participation et d'intervention politique et publique» (Beck, 2001, p. 448). Ce faisant, la médecine garde le contrôle total sur l'élaboration des protocoles et l'application des résultats de la recherche sur les usagers, évitant ainsi toute intrusion extérieure que ce soit sous la forme d'une interpellation par d'autres acteurs concernés par la pratique ou l'application de mesures de contrôle.

malgré la présence là aussi – mais peut-être moins envahissante – de professionnels (animateurs sociaux, travailleurs sociaux, etc.), du moins dans une première étape de leur développement. En fait, « dans le secteur des services sociaux, le Ministère souhaite la participation des citoyens à ses CLSC, alors que les groupes populaires désirent que, par les CLSC, le Ministère participe à leur organisme ou que le CLSC en soit le lieu de regroupement » (Godbout et Martin, 1974).

Or, le processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires mis en branle par l'État québécois au tournant des années 1970 ne pouvait satisfaire aux demandes de ces groupes. Ce processus puisait plutôt son inspiration dans le modèle de développement fordiste et providentialiste qui trouvait, dans l'extension du secteur public, le principal moteur de son déploiement, et ce, en concordance avec les intérêts des acteurs sociaux (classes politiques et fonctionnaires) qui en avaient fait la promotion (Lesemann, 1981). Dans les CLSC, ce modèle a dû se soumettre au cadre général défini par le Ministère et les nouvelles règles de gestion par programme, elles-mêmes issues du fameux Planning, Programming, Budgeting System (PPBS) implanté dans l'ensemble de la machine gouvernementale<sup>8</sup> (MAS, 1972).

D'autres acteurs sociaux avaient également une préférence pour le développement de services au sein du secteur public au cours des années 1970. Nous avons souligné précédemment le refus de la CSN d'appuyer les cliniques populaires dans leur dénonciation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971. Ce refus n'est pas étranger aux positions adoptées à l'époque par les grandes centrales syndicales – CSN, FTQ et CEQ – qui dénonçaient le type de domination exercé par l'État

---

8. Robert Bourassa, premier ministre du Québec à l'époque, considérait l'implantation du PPBS comme une manifestation tangible de la modernisation de l'appareil administratif de l'État québécois (Lisée, 1994). En fait, un consensus assez large existait à l'époque autour de l'adoption de formes modernes de gestion comme celles incarnées par le PPBS, comme en fait foi l'avis transmis par le Conseil du patronat du Québec (CPQ) au gouvernement du Québec concernant les priorités budgétaires 1972-1973 de l'État québécois. Dans cet avis, le CPQ se dit « heureux de constater que le gouvernement du Québec est en voie de généraliser l'application du PPBS ». L'organisme considère le système PPBS comme « une innovation majeure en matière de procédure budgétaire [...] (puisque) cette méthode de préparation des budgets a l'avantage de placer à contribution les ordinateurs et les méthodes quantitatives pour une gestion optimale des dépenses publiques » (Conseil du patronat du Québec, 1971, p. 419). L'éloge du monde industriel trouve ici une résonance particulière et illustre, encore une fois, l'attrait exercé par ce type de justification dans le contexte du fordisme et du providentialisme pour résoudre les problèmes auxquels étaient confrontées les sociétés industrielles.

sur la régulation des rapports sociaux<sup>9</sup>, mais qui n'en revendiquaient pas moins sa présence accrue dans le financement et la prestation directe des services dans le domaine sociosanitaire (Jetté, 1997).

Incidentement, à partir du moment où un vaste mouvement de syndicalisation s'est enclenché dans les établissements sociosanitaires du secteur public, l'action syndicale semble s'être progressivement désintéressée de ses alliances avec les groupes populaires pour se concentrer davantage sur la défense de ses membres. Certains regroupements syndicaux, comme la Fédération des affaires sociales (FAS), affiliée à la CSN, ont d'ailleurs vu leur effectif augmenter de manière importante après la vague d'étatisation des services sociosanitaires mise en branle par la réforme Castonguay-Nepveu (Rouillard, 1981), ce qui tendait d'ailleurs à en faire des alliés objectifs du processus d'élargissement des services publics et du providentialisme. Le désintéressement manifesté à l'égard des groupes populaires coïncide également avec la crise qui frappe le mouvement syndical, à la suite du Front commun de 1972, et au premier chef la CSN (Boucher, 1992). Cette crise ébranle également les syndicats de la FAS qui va tenter d'apporter un renouvellement à son action en adoptant des stratégies associées au syndicalisme de combat. Cette orientation va se traduire par un délaissement progressif, au cours des années 1970, des revendications touchant l'organisation et la gestion des établissements sociosanitaires (Jetté, 1997, p. 60-76).

Dans ce contexte, la stratégie syndicale semble être restée étrangère aux pratiques mises de l'avant par certains groupes populaires pour questionner les pratiques professionnelles traditionnelles, notamment les pratiques novatrices faisant appel à la cogestion au sein des organisations. La question du rattrapage salarial pour les plus bas salariés et l'égalitarisme au sein des divers corps de métiers et de professions semblent avoir constitué le cheval de bataille des syndicats du secteur public, y compris dans les CLSC (Boucher et Jetté, 1996). Il faut dire que les nouvelles structures de négociation centralisées mises en place par le gouvernement au milieu des années 1960 (Levasseur, 1980) se prêtaient bien à la formulation de revendications à caractère économique (facilement quantifiables et dont les effets sont mesurables à grande échelle) alors qu'il était plus difficile de faire cheminer des revendications visant à établir de nouvelles modalités d'exercice du pouvoir au sein de l'ensemble des établissements (Jetté, 1997). De telles revendications auraient exigé une décentralisation des négociations au plan régional et

---

9. Les slogans syndicaux de l'époque sont explicites à cet égard : soit « L'État rouage de notre exploitation » à la FTQ ; « Ne comptons que sur nos propres moyens » à la CSN ; « L'école au service de la classe dominante » à la CEQ (Rouillard, 1989).

même au plan local compte tenu des cultures organisationnelles, des missions propres à chaque type d'établissement (CH, CA, CSS et CLSC) et des particularismes découlant des territoires où ils sont implantés.

Or, ce type d'arrangement institutionnel allait à l'encontre des stratégies adoptées par les grands syndicats industriels de l'époque qui favorisaient l'adoption de conventions collectives « standardisées » tant au plan des statuts d'emploi que des définitions de tâches qui leur étaient rattachées. En un sens, on peut dire que ces organisations ont préféré calquer leur mode de fonctionnement sur le régime de relation de travail développé par l'État et sont devenues à leur tour des organisations très centralisées (Grant, 1990). C'est dans ce contexte d'ailleurs que les ententes locales négociées dans certains CLSC ont graduellement été abandonnées à partir du milieu des années 1970. Cette centralisation aura une incidence majeure sur l'autonomie des CLSC et leur capacité de s'adapter aux particularités régionales (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987). Comme le reconnaissait en entrevue un leader syndical ayant œuvré en CLSC au cours des années 1970, tout compte fait, « la convention collective n'a pas permis d'inclure l'originalité et le caractère novateur de cette institution » (Boucher et Jetté, 1996, p. 301).

D'une certaine manière, on peut dire que les modalités de participation prévues dans la Loi de 1971 se sont davantage concrétisées dans le rapport salarial que dans le rapport de consommation au sein des CLSC, et davantage dans la dimension organisationnelle que dans la dimension institutionnelle du rapport salarial<sup>10</sup>. Certes, dans les CLSC comme ailleurs, l'organisation du travail empruntait des éléments au taylorisme, mais à un degré moindre par rapport à la plupart des autres composantes du système sociosanitaire fortement structurées à partir du *scientific management* (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987). L'avènement des équipes multidisciplinaires, la négociation d'ententes locales (jusqu'en 1976) et l'importance accordée à l'action communautaire au sein de ces établissements ont participé à l'éclosion d'une certaine démocratie dans l'exercice du travail d'intervention (échanges fréquents d'informations

---

10. Après avoir lancé un mot d'ordre d'appui à la participation des salariés aux conseils d'administration des établissements au début des années 1970, les syndicats de la CSN, notamment, vont progressivement opérer un recul par rapport à cette stratégie. Cette remise en question est imputable, d'une part, à l'influence des groupes politiques radicaux qui investissent certains syndicats de la FAS, particulièrement dans les CLSC, ces derniers arguant que la participation entraîne les syndiqués sur le terrain « vaseux » de la collaboration avec l'employeur (Boucher et Jetté, 1995). D'autre part, cette remise en question va être motivée par la difficulté à surmonter une série de difficultés inhérentes à l'inexpérience des syndicats et des salariés quant à leur participation à ce type d'instance (D'Amours *et al.*, 1989; Jetté, 1997, p. 66-71).

entre intervenants, rapports directs avec la direction, travail d'équipe, proximité avec le milieu, etc.). «Même si elles devaient se plier à des exigences bureaucratiques relevant de la rationalité instrumentale, les pratiques (dans les CLSC) n'en étaient pas moins destinées à puiser leur carburant dans la culture ou les significations partagées», c'est-à-dire dans une approche valorisant la participation, la démocratie, la consultation, la concertation et l'égalitarisme, des valeurs chères aux mouvements sociaux progressistes des années 1970 (Poupart, Simard et Ouellet, 1986, p. 77-78).

À cet égard, le responsable de l'implantation des CLSC au Québec, au début des années 1970, affirmait en entrevue à la revue *65 à l'heure* – nouvelle publication du MAS dont le nom fait référence de manière explicite à la nouvelle loi mise en application par le gouvernement libéral – «[qu']un centre local de services communautaires, c'est beaucoup plus un état d'esprit qu'autre chose; ce n'est surtout pas un édifice» (Giroux, 1972b, p. 10). Par ses propos, il exprimait à sa manière l'importance accordée au départ, par les promoteurs des CLSC, aux innovations qu'on voulait instaurer dans ces établissements. Les organisateurs communautaires, notamment, ont profité de cette culture particulière prévalant dans les CLSC, en jouissant d'une liberté et d'une autonomie au travail que plusieurs autres travailleurs au sein du réseau public auraient pu leur envier (Beauchamp et Hurtubise, 1988).

Dès lors, tout se passe comme si les orientations de la réforme Castonguay-Nepveu en faveur de la participation s'étaient finalement accomplies (au moins partiellement) à travers la pratique de certains professionnels salariés (principalement dans sa dimension organisationnelle et dans les CLSC), alors qu'elles visaient en principe les citoyens-usagers. Pour les raisons que nous avons évoquées précédemment, le désir de rendre concret le principe de participation des citoyens, pourtant bien présent dans les premières années de fonctionnement des CLSC, s'est graduellement estompé au profit d'une emprise plus grande des conventions technocratiques. Les arrangements institutionnels mis en place s'appuyant principalement sur des justifications d'ordre instrumental, il devenait de plus en plus difficile, même pour les intervenants sociaux formés à l'école des groupes populaires, de maintenir vivant le souffle de la cogestion et de l'autogestion au sein de ces établissements (Poupart, Simard et Ouellet, 1986, p. 78-79). D'ailleurs, certains intervenants de CLSC n'ont jamais vraiment réussi à se départir du malaise provenant de l'écart entre leur statut de professionnel et de fonctionnaire de l'État et la réalité des populations avec lesquelles ils sont amenés à travailler, ce qui les a souvent amenés à dissimuler leur statut de professionnel et leur insertion au sein de grandes organisations étatiques. D'autres se sont plutôt tournés vers une intervention

moins idéologisée et plus pragmatique<sup>11</sup> et ont tenté d'établir un compromis entre leurs idéaux démocratiques et réciprocitaires et les dispositifs issus des nouveaux modes de gestion (programmes, règles administratives, procédures, protocoles, etc.) qui encadrent leurs pratiques auprès des individus et des communautés (Poupart, Simard et Ouellet, 1986). Mais ces stratégies de compromis, efficaces et légitimes au plan des pratiques quotidiennes, ne parviennent pas toutefois à occulter la prédominance et le renforcement, au fil du temps, des contraintes technocratiques au sein du réseau des CLSC.

Sauf peut-être pour les CLSC qui ont tenté d'intégrer certaines innovations provenant des groupes populaires, il faut dire que les objectifs de la réforme Castonguay-Nepveu n'ont jamais vraiment visé à transformer le contenu des pratiques. La réforme proposait plutôt de nouveaux cadres organisationnels qui visaient l'optimisation de l'utilisation des ressources investies par le gouvernement dans le domaine de la santé et du bien-être. On tentait ainsi de donner une plus grande cohésion à des pratiques qui, certes, s'étaient développées de manière anarchique au sein du modèle libéral, mais on ne remettait pas en question le bien-fondé de leurs prémisses épistémologiques. En ouverture de la commission parlementaire sur l'avant-projet de loi 65<sup>12</sup>, Claude Castonguay, devenu ministre, était très clair sur ce point :

La réalisation de cette politique doit évidemment se faire dans le cadre de la responsabilité de l'État d'assurer une allocation des ressources humaines et financières aussi **juste et rationnelle** que possible [...] C'est le but que vise le bill 65, c'est-à-dire de fournir un cadre qui puisse permettre **d'appliquer les politiques et programmes du ministère des Affaires sociales**, de les adapter et de les modifier selon les exigences diverses **de l'évolution des besoins, des ressources et des connaissances**. Une bonne organisation, une organisation cohérente est nécessaire pour assurer la réalisation ou la mise en application **efficace des politiques et des programmes**. Il s'agit donc essentiellement – je crois que ce point est très important – d'une loi touchant comme son nom l'indique, **l'organisation des services**. C'est la raison pour laquelle elle ne traite pas des programmes de santé et des services sociaux comme tels ou encore de la philosophie plus précise qui pourrait sous-tendre des politiques particulières ou des programmes particuliers<sup>13</sup> (*Journal des débats*, 1971, cité dans Robin, 1984).

11. Voir à ce sujet aussi Maheu et Bien-Aimé (1994, 1996).

12. Les débats en commission parlementaire sur le bill 65 se sont tenus du 24 août au 24 novembre 1971. À cette occasion, 62 groupes se sont fait entendre (Robin, 1984).

13. Les extraits en gras sont de nous.

Les maîtres mots de cette déclaration (allocation juste et rationnelle des ressources, application et efficacité des politiques et des programmes, organisation des services, etc.) renvoient ainsi directement au concept d'efficacité qui constitue le principe supérieur du monde industriel. Ils renvoient également aux dispositifs de ce monde constitués de méthodes, de ressources, de normes à appliquer afin que puisse progressivement se constituer la figure idéale de l'ordre des choses, soit le système, la structure, l'organisation (Boltanski et Thévenot, 1991). Dans son rapport annuel 1972-1973, le MAS reprenait en termes plus généraux cette orientation de la réforme décrite par le ministre : «La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne définit aucun programme spécifique. Elle décrit plutôt le cadre qui régit désormais l'organisation et le fonctionnement de tous les établissements [...]» (MAS, 1973, p. 16).

D'emblée, on voit que la solution aux problèmes était déjà trouvée avant même la tenue de la commission parlementaire ; il s'agissait d'organiser l'ensemble des services sur la base d'un véritable système qui permettrait d'assurer la prestation des services sociaux et de santé partout sur le territoire. Les mesures technocratiques propres à assurer la recherche d'une nouvelle efficacité instrumentale seraient le mode de coordination privilégié pour réformer le système sociosanitaire québécois, laissant peu de place aux autres logiques d'action qui voudraient s'immiscer dans le processus. Qui plus est, à mesure que les défaillances du modèle providentialiste vont apparaître à partir du milieu des années 1970, la réponse apportée par le MAS sera d'épurer le système des éléments perturbateurs provenant d'autres logiques (par exemple, dans les CLSC, les modalités particulières découlant d'ententes locales), afin de donner encore plus de poids aux dispositifs gestionnaires de contrôle de production, notamment par une centralisation accrue des pouvoirs au Ministère et par l'adoption de mesures de rationalisation budgétaire (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987 ; Levasseur, 1980).

Compte tenu des dynamiques que nous venons de retracer, nous pouvons donc avancer que la logique de la participation citoyenne et celle du don se sont déployées de manière opérationnelle et significative au sein des CLSC sur une brève période (1972-1976), et uniquement dans certains établissements. Cela ne signifie pas pour autant que les principes inhérents à ces logiques ont disparu par la suite. Mais ils ont été soumis, de manière encore plus importante, aux prérogatives du principe d'efficacité instrumentale qui a accru et consolidé sa domination sur les règles du jeu au plan national. Cette évolution des logiques d'action à l'intérieur des CLSC a été mise en relief par divers chercheurs. Bélanger, Lévesque et Plamondon (1987) ont ainsi soulevé la perte de légitimité des instances de participation dans les CLSC – ce qu'ils ont



appelé la «succursalisation» des CLSC – résultant de la mise en application d'une convention collective modelée sur le réseau hospitalier, lui-même issu du modèle industriel.

Par ailleurs, on remarque une évolution similaire pour les dispositifs et les justifications associés au don au sein des CLSC. Voici comment des chercheurs ayant étudié la culture organisationnelle de ces établissements décrivent le phénomène de subordination de la dynamique réciproitaire aux principes d'efficacité caractérisant le monde industriel :

On peut faire l'hypothèse que certains éléments typiques de la culture des CLSC (autonomie, responsabilisation, prise en charge, approche globale, approche communautaire) sont une re-lecture technocratique d'anciens modèles de conduite de la culture québécoise dite traditionnelle, qu'on désignait alors sous les vocables de charité, entraide, loyauté envers les siens. [...] Aujourd'hui, ces modèles de conduite [...] sont envisagés dans la perspective d'une objectivation et d'une réflexion critique destinées à planifier le social de façon à ce qu'il soit «efficace» (Poupart, Simard et Ouellet, 1986, p. 40).

Cette description des pratiques dans les CLSC démontre l'incapacité de ces établissements à intégrer dans leurs règles institutionnelles les caractéristiques propres au monde du don et, conséquemment, leurs renvois dans la sphère des pratiques informelles. On peut penser que le monde du don continue à exister dans les CLSC, notamment à travers les valeurs portées au plan personnel par certains intervenants ; ce qui a inévitablement des répercussions sur l'organisation de leurs pratiques. Mais elles ont irrémédiablement disparu des arrangements institutionnels qui structurent ces établissements.

Ces réserves étant exprimées, tous les CLSC ne se sont pas pour autant transformés en succursales réduites à appliquer des programmes centralisés établis par le Ministère d'où l'on aurait évacué toute forme de réciprocité. Les recherches consultées et les entrevues réalisées montrent à cet égard la capacité de certains acteurs locaux de mettre en place des rapports de travail et des rapports de consommation plus souples se démarquant, à divers degrés et selon les lieux, de ceux appliqués au plan national (Godbout et Martin, 1974 ; Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987 ; Poupart, Simard et Ouellet, 1986 ; Entrevues n° 38 et n° 39). Favreau et Hurtubise (1993) ont ainsi poursuivi la réflexion quant aux diversités locales des pratiques en proposant une typologie des CLSC basée sur leur orientation institutionnelle (modèle socio-communautaire, socio-institutionnel et mixte).

En outre, cette tension entre, d'une part, la recherche d'efficacité et d'efficience (monde industriel), et, d'autre part, la participation citoyenne (monde civique) et l'implication bénévole (monde du don) a suscité de

nombreux débats et une documentation impressionnante tant dans les milieux de pratique que dans les milieux de la formation universitaire que nous ne pouvons rapporter ici compte tenu de son ampleur. Qu'il suffise toutefois de rapporter que ces réflexions semblent porter sur deux questions majeures. L'action communautaire en CLSC procède-t-elle d'une véritable « pratique d'organisation communautaire » ou ne constitue-t-elle pas plutôt un « instrument de désengagement social de l'État »? (Bourque, 1987, p. 223.) Autrement dit : l'organisateur communautaire de CLSC agit-il davantage comme un agent de changement social (souvent en alliance avec les organismes populaires et communautaires) ou bien se révèle-t-il un agent de contrôle au service de l'État? La question est posée, mais la réponse reste encore soumise à des positions contradictoires. Si cette question en a amené certains à s'interroger sur la possibilité de façonner de nouveaux rapports entre les professionnels et les usagers sur la base d'une « démythification de l'expert et l'établissement de rapport plus égalitaire » entre eux (Bourque, 1987, p. 224), d'autres ont insisté sur les limites de l'action communautaire en CLSC en mettant en relief son intégration aux dispositifs institutionnels du MAS et la perte de sa dimension critique par rapport à la praxis originelle des groupes populaires (Lamoureux, 1987).

Quoi qu'il en soit, nous laissons à d'autres le soin de poursuivre les analyses sur cette question puisqu'elle nous éloignerait de notre objet d'étude. Ce qu'il importe de retenir, c'est qu'au plan institutionnel le processus de normalisation des CLSC a eu un effet délétère sur la dynamique réciproitaire qui a progressivement été évincée au profit d'une approche instrumentale, imposée par le haut, s'offrant comme solution à l'explosion des coûts du système sociosanitaire. Mais cette situation a eu aussi pour effet paradoxal de donner un second souffle aux pratiques alternatives s'exerçant en extériorité du réseau public, c'est-à-dire dans les organismes communautaires qui ont rapidement été mobilisés pour répondre aux insuffisances du providentialisme, notamment dans les domaines de la santé mentale, de la toxicomanie et de la prévention du suicide (Pilon, 1980a). Cette collaboration avec les CLSC sera également très étroite dans le domaine des services à domicile (popotte roulante, assistance, accompagnement, entraide, etc.) (Pilon, 1980b).

#### **4. L'ÉCHEC DE L'INSTITUTIONNALISATION DES PRATIQUES RÉCIPROITAIRES AU SEIN DES CLSC ET LEUR RÉSURGENCE AU SEIN DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

La volonté manifestée par la réforme Castonguay-Nepveu d'intégrer au secteur public l'ensemble de l'action communautaire trahit peut-être une méconnaissance des conditions objectives favorisant le déploiement des

pratiques réciprocatrices, ou tout au moins une sous-estimation des contraintes qu'elles imposent aux principes d'action des grandes organisations bureaucratiques et hiérarchiques (monde industriel). Avec le recul, on perçoit que la cohabitation d'institutions fortement imprégnées des caractéristiques du monde industriel avec d'autres marquées par le bénévolat et le militantisme (monde du don), ainsi que par la participation citoyenne (monde civique) posait un défi énorme que la réforme – pour les raisons que nous avons évoquées précédemment – n'a pas été en mesure de relever. L'équilibre entre les éléments de la critique artiste (autonomie et innovation) et ceux de la critique sociale (égalité et justice sociale), que certaines cliniques communautaires avaient réussi à maintenir, n'a pu être conservé lors du processus d'institutionnalisation qui a permis aux CLSC de voir le jour.

Déjà, dans leur recherche datant de 1974, Godbout et Martin avançaient l'idée qu'étant donné l'orientation et la configuration des services prise par les CLSC, «on peut s'attendre à ce que ce secteur privé [les groupes communautaires] soit beaucoup plus important que ne le prévoyait la Commission, qu'il intègre les fonctions que la Commission prévoyait pour les centres communautaires et la plupart des services sociaux locaux non spécialisés et non complémentaires aux services de santé» (Godbout et Martin, 1974, p. 304). C'est précisément le constat que fait, en 1976, le Conseil de la famille et du bien-être (CASF). Dans un avis transmis au ministre des Affaires sociales concernant la promotion des groupes populaires, le CASF souligne que «les groupes populaires ont fait la preuve d'une vitalité remarquable». Selon cet organisme, «le phénomène [des groupes populaires] apparaît en progression et demeurera une caractéristique permanente de la société» (CASF, 1976, p. 46).

De toute évidence, les capacités de résilience et même de développement que ces organismes vont manifester va en étonner plus d'un au cours de cette décennie. En entrevue à la revue *Carrefour des affaires sociales* en 1980, le premier responsable du programme de soutien aux organismes bénévoles (qui deviendra plus tard le PSOC), Albin Girouard, va à son tour décrire ce phénomène que d'aucuns considèrent comme surprenant :

Dans le secteur des affaires sociales, par l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le chapitre 48, l'État s'engageait à rendre accessibles tous les services pour répondre aux besoins des citoyens sur le plan physique, psychique et social. [...] Il s'en est suivi, de 1970 à 1975, un net recul de l'intérêt du gouvernement à l'endroit du secteur bénévole. Il fallait alors consacrer toutes les énergies à la mise en place des services publics et parapublics prévus par la loi. [...] À partir de 1975, le développement parallèle du secteur bénévole a constitué une pression auprès du gouvernement. Alors qu'il

aurait été impensable, quelques années auparavant, d'imaginer la création d'un service gouvernemental d'aide aux organismes bénévoles, en 1977, ce service voyait le jour (Pilon, 1980b, p. 26).

Cette résurgence des organismes communautaires doit être mise en perspective par rapport à l'évolution des services publics et aux premières évaluations qui sont faites de l'imposition, en 1972, d'un système socio-sanitaire providentialiste. Dès 1979, le sous-ministre aux Affaires sociales, Jean-Claude Deschênes, constate en effet que « tous ceux qui observent le système fonctionner sont étonnés de constater que les producteurs de services ne sont soumis à aucun frein – si ce n'est leur capacité physique de produire – et que les consommateurs ne sont pas plus soumis à des limites – on parle en termes de droits à des services » (Pilon, 1979, p. 15). Il s'inquiète de l'augmentation des coûts de fonctionnement du système qui en résulte, conséquence du développement des technologies, du mode de rémunération des professionnels de la santé et de l'attitude de « consommateur » de la population à l'égard des services. Sans remettre en question le caractère principalement public du système, le sous-ministre reconnaît néanmoins, « la lourdeur ou la difficulté de fonctionnement de l'administration publique » qui découle principalement de sa taille imposante (*ibid.*, p. 14).

En outre, un réalignement de l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs politiques et administratifs au sein du Ministère semble en voie de s'opérer en cette fin des années 1970. Poursuivant sur sa lancée au cours d'une entrevue accordée encore une fois à la revue *Carrefour des affaires sociales*, Jean-Claude Deschênes affirme qu'il lui a fallu, « rappeler à quelques reprises, à des fonctionnaires que le ministre est le chef d'un ministère, qu'il est lié par une solidarité ministérielle, qu'il est membre d'un gouvernement et que ce gouvernement a le droit de faire des choix différents de ceux que, nous, fonctionnaires, avons le goût de faire ou que nous croyons pleinement justifiés. La responsabilité vis-à-vis la société ou la population, c'est l'homme politique qui l'assume » (*ibid.*, p. 14). Ces déclarations témoignent de l'évolution des positions de l'acteur politique à la suite de l'apparition des premiers effets pervers du providentialisme, et de sa prise de distance par rapport au projet providentialiste. Dès lors, on juge nécessaire d'appliquer des mesures de contrôle sur les coûts du système, de ramener à l'ordre les promoteurs de la poursuite du projet providentialiste (du moins ceux œuvrant à l'intérieur de l'appareil étatique), de procéder à une véritable évaluation coût-bénéfice des services dispensés et de réorienter les politiques sociales vers des stratégies préventives (habitudes de vie, alimentaires, etc.). On prend acte également de l'impossibilité pour le secteur public d'assumer tous les rôles en termes de services sociaux et de santé.

Ce dernier constat amène le sous-ministre à plaider en faveur du développement complémentaire d'organismes bénévoles et à accroître leur soutien financier par l'État « parce que certains s'adressent à des populations marginales, parce que d'autres évitent ou retardent l'institutionnalisation des gens [...] » (*ibid.*, p. 19). Ce point de vue manifeste une position radicalement différente de celle adoptée par les principaux artisans de la réforme de 1972 qui avaient plutôt ignoré les acteurs du tiers secteur. Désormais, le Ministère souhaite d'ailleurs « articuler plus clairement [sa] politique à l'égard de ces organismes et accentuer [ses] efforts [...] » (*ibid.*, p. 19).

Cette évolution des orientations du Ministère par rapport aux organismes communautaires fait suite à la parution de deux avis émanant du Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF) concernant les groupes populaires. Le premier, rendu public en janvier 1976, portait sur « la promotion et la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés » (CASF, 1976); le second, publié en juin 1978, abordait quant à lui « la question de la promotion des initiatives volontaires dans le domaine des affaires sociales au Québec » (CASF, 1978a). À plusieurs égards, ces deux avis sont complémentaires et articulent une position semblable en faveur du soutien gouvernemental aux groupes populaires. Ils constituent une pièce fondamentale à verser au dossier des rapports entre le tiers secteur et l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux. Un examen attentif des recommandations faites par le CASF montrent en effet des liens étroits entre le contenu de ces avis et les principales dispositions du programme de soutien financier aux organismes communautaires développé par le MAS dans les années qui suivront.

Le premier de ces avis, celui de 1976, constituait la réponse à l'une des quatre premières questions soumises au CASF lors de sa création en 1970 (bill 43) qui s'insérait dans un processus plus large de transformation des institutions sociosanitaires québécoises. Plus précisément, elle répondait à une requête du ministre Castonguay lui-même, formulée en septembre 1971, demandant que le CASF se penche, « compte tenu du développement des comités de citoyens, [...] sur la formulation d'une politique à leur endroit et sur l'identification des responsabilités du Ministère et du Conseil dans la mise en application d'une telle politique » (MAS, 1971, p. 54-55). Ainsi, dans un contexte d'étatisation poussée des services sociosanitaires, la présence de groupes issus de la société civile, refusant d'être intégrés aux dispositifs étatiques – et donc aux modalités du compromis providentialiste – amène l'acteur politique à s'interroger sur les positions à adopter à l'égard de ces groupes.

L'avis du CASF, remis à Claude-E. Forget (successeur de Castonguay comme ministre des Affaires sociales), sera à cet égard sans équivoque. La mise en place de certaines innovations sociales – notamment l'expérience de participation dans les CLSC – s'est révélée plutôt décevante (CASF, 1976, p. 27) puisqu'elle n'a pas permis la pleine participation des citoyens-usagers à la définition des programmes et services. L'organisme-conseil recommande alors au Ministre de soutenir financièrement le développement des groupes populaires afin de réhabiliter cette participation citoyenne qui caractérise justement l'action et le fonctionnement de ces groupes. Pour le CASF, le modèle de CLSC proposé par la commission Castonguay-Nepveu a été une source de confusion, « d'où la nécessité non seulement d'identifier les limitations et les possibilités du secteur public, mais aussi d'affirmer l'existence et les possibilités d'un autre secteur d'initiatives et de services sociosanitaires autonome et non gouvernemental » (CASF, 1976, p. 35).

Par cette dernière affirmation, c'est en fait tout le processus d'institutionnalisation des groupes populaires, auquel a donné lieu la réforme Castonguay, que remet en question le CASF. L'étatisation de l'action sociale et l'articulation de cette action avec la mission de livraison de services universels par les CLSC présentaient des difficultés insoupçonnées qui ont surgi dès la phase d'implantation de ces établissements. Deux raisons principales semblent avoir contribué à cette situation. D'abord, la difficulté, comme nous venons de le souligner, de « concilier une responsabilité publique des services universels avec une responsabilité complètement autonome des citoyens à la base » (*ibid.*, p. 36). Ensuite – et c'est peut-être là l'élément principal de cette confusion –, la poursuite à la fois « des objectifs de fourniture de services universels et d'animation sociale orientée vers la contestation de ces services [a engendré] une situation permanente de conflits » dans les CLSC (*ibid.*, p. 37).

Pour y remédier, le CASF propose un recentrage de la mission des CLSC sur le volet des services universels, tout en maintenant l'organisation communautaire à condition qu'elle puisse servir à mobiliser la participation de la population sur la base des objectifs de programmation définis par le MAS. En contrepartie, la fonction critique de l'action sociale devait continuer à s'exprimer, mais par une autre voie que celle de l'organisation communautaire en CLSC. À cet égard, nul ne semblait mieux placé que les organismes populaires pour assumer ce rôle de « groupe de pression » et de « revendications de droits et de services » puisque cette fonction critique devait désormais « se situer à l'extérieur de l'organisation des services du réseau gouvernemental » (CASF, 1976, p. 52). Le CASF propose donc de déléguer aux groupes populaires la mission de participation citoyenne et d'identification des nouveaux problèmes sociaux attribuée initialement aux

CLSC, ce qui supposait par contre la mise en place d'arrangements institutionnels très différents de ceux envisagés dans la réforme Castonguay qui n'accordait qu'une place marginale aux groupes populaires.

C'est donc en tenant compte de cette nouvelle perspective que doit être considéré un éventuel appui gouvernemental aux groupes populaires, étant donné que ceux-ci répondent à la fois à des besoins non comblés en termes de services et qu'ils assument un rôle de médiation, de conscientisation et de défense de droits pour les citoyens-usagers. Cet appui gouvernemental doit toutefois se faire de telle manière qu'il préserve « l'autonomie complète » de ces groupes. Car c'est uniquement à cette condition qu'ils pourront assumer « leur fonction critique » et conserver leur potentiel « d'organisation et de mobilisation locale, de participation aux changements et à l'innovation dans le secteur des services de santé et des services sociaux » (*ibid.*, p. 52).

Cet appui est rendu d'autant plus nécessaire que les ressources non gouvernementales ne parviennent pas à combler entièrement les besoins des groupes populaires. Des organismes comme Centraide, par exemple, ont connu une certaine stagnation dans leurs campagnes de collecte de fonds à la suite de l'intervention massive de l'État dans les services socio-sanitaires au début des années 1970 (Pilon, 1980b). Ces ressources réclamées par les groupes populaires sont donc indispensables, selon le CASF, pour « suppléer aux limitations du travail bénévole et assurer une certaine permanence aux milieux » (CASF, 1976, p. 51). Dès lors, les positions mises de l'avant par le CASF, au milieu des années 1970, traduisent déjà une évolution par rapport à celles exprimées, au début de cette même décennie, par plusieurs acteurs sociaux proches des milieux gouvernementaux qui manifestaient une adhésion presque sans réserve au projet providentialiste. Pour l'une des premières fois – du moins, parmi les acteurs issus des milieux autres que les groupes populaires –, le développement d'un système socio-sanitaire centré presque exclusivement sur des modes de coordination technocratiques (monde industriel) marque des réserves, tout comme la vision d'un bénévolat tirant ses ressources exclusivement du secteur privé et soutenant de manière complémentaire et marginale les pratiques professionnelles du secteur public. Le CASF, au contraire, met en relief le rôle essentiel joué par les groupes bénévoles dans la satisfaction de certains besoins qui échappent aux pratiques étatiques, ainsi que le rôle moteur joué par la critique émanant de ces groupes pour assurer l'évolution du système et dynamiser les pratiques au sein du secteur public.

Le soutien technique et financier proposé par le CASF, dans son avis de 1976, doit toutefois être rendu sur la base de critères bien précis. Ces critères d'attribution proposés revêtent une importance cruciale puisqu'ils

vont marquer durablement le type de soutien financier gouvernemental accordé aux organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ils permettent déjà de percevoir certains traits originaux du PSOC en regard des rapports établis par d'autres ministères avec les organismes communautaires ainsi qu'en regard d'autres formes d'aide attribuées à ces organismes (subventions salariales, aides ponctuelles, ententes de services, etc.). Ces particularités, qui contribuent à l'originalité du programme, vont d'ailleurs se maintenir tout au long de son développement au cours des années 1980 et 1990.

Ainsi, ce programme, tel que l'envisageait le CASF, ne visait pas à subvenir à l'ensemble des besoins exprimés par les groupes, une telle éventualité pouvant interférer sur leurs capacités d'initiative et d'autonomie et favoriser la mainmise de l'État sur leurs activités. L'aide apportée devait plutôt faciliter l'accès à certaines ressources indispensables à leur fonctionnement (locaux, équipements de bureau, salaires, etc.). Comme l'affirmait l'un des fonctionnaires que nous avons interrogés dans le cadre de nos travaux, et qui a œuvré comme professionnel pour le PSOC pendant plusieurs années, «la naissance du programme, ça a été de dire un petit peu qu'on va supporter l'encadrement des bénévoles. Pour que des bénévoles puissent être actifs, il faut qu'il y ait un local, un téléphone, une permanence. On résumait ça comme ça: "un local, une permanence, un téléphone"» (Entrevue n° 14, p. 4).

L'ampleur de l'aide apportée ne devait donc pas exempter les organismes d'une recherche de financement autre que gouvernemental afin «de faire la contribution la plus grande qu'il leur soit possible de faire en argent et en travail bénévole» (CASF, 1976, p. 52). On souhaitait que cette aide s'applique selon un principe de complémentarité venant suppléer à l'absence d'autres sources de financement. Le CASF proposait ainsi au ministre «que le soutien financier accordé soit limité au montant minimum nécessaire à leurs actions et à leurs initiatives, compte tenu des contributions en argent et en travail bénévole que les groupes et associations doivent mobiliser et afin d'éviter de créer chez eux une dépendance à l'État» (CASF, 1976, p. 55).

Incidentement, la désignation même du programme reflétait l'orientation particulière qu'on voulait lui donner. Cette volonté de préserver l'autonomie de groupes par rapport au contrôle bureaucratique a imprégné durablement les façons de faire des acteurs administratifs du programme à l'égard des organismes communautaires, si l'on se fie aux propos tenus par le fonctionnaire dont nous avons parlé précédemment :

La philosophie qui s'est développée dans ce programme, si je peux dire, c'a été d'être un programme de soutien. Comme son nom le dit, c'est un programme de soutien aux organismes bénévoles et communautaires,



c'est-à-dire que ça ne prétend pas les supporter complètement dans leur financement, mais ça vient leur donner un petit coup de pouce. [...] Mais l'idéal, c'est l'autofinancement. Il y a des organismes qui n'ont pas besoin de l'aide de l'État et ça, c'est l'idéal de mon point de vue. Et ça, ça reste encore parce qu'il y a beaucoup d'organismes qui organisent des levées de fonds, [...] qui ont les reins assez solides à cause de leur tradition et qui aiment mieux ne pas avoir à se justifier par rapport au gouvernement (Entrevue n° 14, p. 6).

L'objectif avoué du programme, soit de ne financer que partiellement les activités des groupes populaires, trouvait donc sa justification dans le maintien de l'autonomie de ces organismes par rapport à un État-providence qui déployait ses nouvelles institutions sur la base des principes de l'efficacité à partir de dispositifs technocratiques (monde industriel). Or, une telle opération, si elle s'étendait à l'action sociale, ne pouvait que concourir à neutraliser l'action de ces groupes – à cet égard, l'exemple des CLSC était probant – dont l'efficacité provenait précisément de leur capacité de mise en œuvre de pratiques prenant appui sur le militantisme et le bénévolat (monde du don) ainsi que sur l'innovation sociale (monde de l'inspiration), deux formes de coordination ayant peu d'affinités avec la rationalité instrumentale propre aux dispositifs technocratiques. De toute évidence, par ses recommandations, le CASF cherchait à éviter les erreurs commises lors du processus d'institutionnalisation des cliniques populaires de santé et des groupes populaires de services sociaux, processus qui n'avait pu maintenir de manière satisfaisante au sein des CLSC les innovations sociales qui caractérisaient ces organisations.

En outre, de manière délibérée ou non, cette recommandation de financement partiel avait pour conséquence de répondre aux critiques de certains acteurs sociaux qui craignaient que le soutien aux groupes populaires favorise la résurgence d'un secteur privé (marchand), en parallèle du secteur public, alimenté par des subventions discrétionnaires. C'est du moins ce que laissait entendre en 1980 le directeur général adjoint de la Fédération des CLSC, Jacques Wilkins, lors d'une table ronde portant sur l'action bénévole. À son avis, «le réseau de distribution des subventions [aux organismes bénévoles] est obscur et complexe et [...] les organismes mieux structurés et mieux "plugués" héritent des gros sous» (Pilon, 1980b, p. 29). D'ailleurs, de manière générale, la Fédération des CLSC semblait considérer avec un certain scepticisme l'aide gouvernementale apportée aux groupes populaires. À la même occasion, le représentant de la Fédération des CLSC affirmait que cette aide risquait «de tuer le bénévolat» et «de créer de faux espoirs» chez les groupes bénévoles (Pilon, 1980b, p. 30). Selon lui, mieux valait poursuivre les efforts pour tenter d'impliquer davantage les citoyens dans les programmes gouvernementaux. Cette position était en partie partagée par l'Association des hôpitaux de la province de

Québec qui, par l'entremise de son président, Paul Plau, déclarait que « ce soutien que les organismes bénévoles doivent trouver pour mener leurs actions, il faudrait qu'ils puissent le trouver ailleurs qu'auprès du gouvernement [puisque] l'action gouvernementale dans ce secteur-là [...] risque de modifier à la fin la vocation des organismes subventionnés » (Pilon, 1980b, p. 30). À l'évidence, le réaligement du Ministère concernant la question du financement des groupes populaires suscitait des appréhensions chez certains acteurs sociaux qui craignaient que la nouvelle légitimité acquise par ces groupes ne se fasse au détriment du financement des établissements du secteur public.

Cela étant, la recommandation du CASF concernant l'ampleur de l'aide à apporter aux groupes n'était que l'une des neuf recommandations relatives au soutien financier accordé aux groupes bénévoles<sup>14</sup>. Avec le recul, l'ensemble de ces recommandations apparaissent aujourd'hui assez novatrices étant donné la méfiance qui régnait encore à l'époque dans certains milieux quant au développement de ressources issues du secteur privé, qu'il soit de nature marchande ou non marchande. Plusieurs des propositions soumises vont d'ailleurs trouver, dans les années qui vont suivre, un écho favorable auprès du MAS et vont être intégrées au cadre réglementaire établissant les critères d'attribution de l'aide accordée par le PSOC. Ainsi, le CASF recommandait que le soutien financier prenne la forme « d'une subvention globale (*flat grant*) » plutôt que d'être relié à des postes budgétaires détaillés (CASF, 1976, p. 52), une modalité finalement adoptée que vont particulièrement apprécier les organismes et qu'ils prendront l'habitude de désigner en tant que « financement à la mission globale ». Le CASF proposait, en outre, que ces subventions soient « sujettes à un renouvellement » (CASF, 1976, p. 53), une mesure qui préfigure la politique d'attribution triennale mise en œuvre par le PSOC à partir de 1989.

La reddition de comptes exigée des groupes bénéficiant d'une aide présentait également un caractère novateur. Comme les sommes allouées devaient être versées sous la forme d'un financement global, il aurait été difficile de procéder à une vérification détaillée de l'utilisation des fonds, sinon par un examen fastidieux réalisé par un agent externe. Pour résoudre cette difficulté, on propose aux groupes de s'astreindre à une forme d'auto-contrôle liée à « des critères de performance » conformes au principe de l'organisation démocratique. À cet égard, le CASF avance l'idée que « les groupes et les associations devraient s'engager et se conformer à des règles

---

14. L'avis du CASF contenait au total 33 recommandations (CASF, 1976, p. 41-55).

d'autogestion démocratique impliquant l'existence d'une assemblée générale de membres du groupe ou de l'association ouverte aux citoyens et responsable des orientations et de la gestion des initiatives», appuyée par un conseil d'administration ayant la responsabilité d'en assumer les fonctions administratives (CASF, 1976, p. 52-53). Les groupes pourraient ainsi «rendre compte annuellement au public de leurs activités et de l'utilisation des moyens financiers à leur disposition» (*ibid.*, p. 53).

L'avis élaboré par le CASF en 1976 se voulait donc une réponse à une question posée par le Ministère concernant la politique générale à adopter à l'égard du développement des groupes bénévoles et populaires dans un contexte providentialiste fortement marqué par l'étatisation des institutions sociosanitaires. Si la réponse apportée par le CASF au ministre Castonguay exprime certes des réserves par rapport au projet providentialiste, elle demeure relativement conciliante avec la vision des services qui en découle. Tout autres seront toutefois le ton et le contenu du second avis publié deux ans plus tard par le CASF sur la question des organismes bénévoles (CASF, 1978a).

La publication de ce deuxième avis se fait dans le contexte de l'arrivée au pouvoir du Parti québécois en 1976 et d'un nouveau ministre, Denis Lazure. Ce changement de garde au MAS va susciter de nouvelles interrogations concernant le développement des organismes populaires et bénévoles. Si, à certains égards, le premier avis du CASF (1976) avait permis d'établir la légitimité des activités des groupes populaires auprès des responsables gouvernementaux, les nouvelles réflexions amorcées à ce sujet vont permettre de pousser encore plus loin cette reconnaissance des groupes populaires. Comme l'indiquait le premier responsable du service de liaison avec les organismes bénévoles au MAS, Albini Girouard, «le gouvernement ne se sentait pas responsable d'assurer le développement du secteur bénévole» au cours de la première moitié des années 1970 (Pilon, 1980b, p. 26).

Or, un changement d'attitude va s'observer progressivement au sein du Ministère au cours de cette décennie. À partir de la seconde moitié des années 1970, en effet, le MAS ne questionne plus le bien-fondé de l'appui gouvernemental à ces organismes, il s'enquiert plutôt des modalités concrètes que devrait prendre cet appui. Il mettra même sur pied, en 1977, une première structure administrative distincte chargée des relations avec les organismes bénévoles. Les questions acheminées au CASF par le ministre Lazure traduisent d'ailleurs cette évolution. Elles portent cette fois sur l'établissement de «principes directeurs susceptibles d'inspirer les mesures de support que le gouvernement est appelé à donner aux organismes bénévoles qui le requièrent sans pour autant prétendre à une définition

opérationnelle d'un programme de subventions à l'action volontaire», cette dernière responsabilité étant laissée à l'initiative des fonctionnaires et du Ministère (CASF, 1978a, p. 1).

Dans l'avis remis au ministre Denis Lazure (successeur du ministre Forget) en 1978, le CASF élabore à nouveau une problématique de la situation des organismes bénévoles et propose au gouvernement 18 recommandations à leurs égards. Mais cette fois-ci, c'est à un véritable plaidoyer en faveur des organismes bénévoles et à un virulent réquisitoire contre les travers bureaucratiques du providentialisme que se livre le CASF dans son document (CASF, 1978a). Très sévère à l'endroit du système mis en place à la suite de l'application de la réforme Castonguay-Nepveu, le Conseil affirme que la place accordée à l'État, «perçu désormais comme l'instrument privilégié, sinon unique du développement social», amène les citoyens à se sentir «dépossédés de plus en plus du pouvoir de participer aux décisions qui les concernent» (CASF, 1978a, p. 11). Dans cette optique, l'État-providence, par son omniprésence et «par ses modèles institutionnels complexes, souvent abstraits et pré-déterminés», envahit les derniers lieux où la communication était possible dans les communautés et détruit les liens sociaux (*ibid.*, p. 11). Son action immunise «les individus contre le sentiment d'appartenance; la ville et le quartier échappe aux citoyens; le travail aux travailleurs et aux artisans; l'école aux parents et parfois aux enfants, etc.» (*ibid.*, p. 11). «Aliénés dans cette sorte de société anonyme que l'État pourvoyeur leur impose, [...] les citoyens sentent le besoin de se ménager des avenues d'intervention, susceptibles de mieux identifier les nécessités individuelles et collectives, et d'inventer des façons d'y répondre de façon adéquate» (*ibid.*, p. 11).

On le constate, les références aux aspects créatifs du monde de l'inspiration (invention, création, aspiration, etc.) ainsi qu'aux principes d'autonomie et de nouveaux modes de vie véhiculés par la critique artiste constituent des éléments majeurs de l'argumentation du CASF en faveur du soutien aux organismes volontaires. Ainsi, la démarche des groupes bénévoles «implique une marge d'autonomie suffisante pour permettre l'initiative et la responsabilité des citoyens qui veulent exercer le maximum de pouvoir sur leur vie. C'est cette sorte de démocratie participante qui alimente le jaillissement des initiatives bénévoles, dont l'ampleur et parfois même, la radicalité, ne cessent de faire les manchettes de l'actualité» (*ibid.*, p. 11). Qui plus est, cette quête de participation est loin d'être un phénomène marginal, selon le CASF. Elle s'avère irréversible puisqu'«elle exprime le désir des citoyens de vivre d'une autre façon en société et de contribuer à sa construction» (*ibid.*, p. 12). Ces «nouveaux modes de vie» que les citoyens espèrent mettre en place représentent ainsi un moyen de se prémunir «contre le sentiment d'aliénation qui les habite face à la multiplication et à la complexité des services institutionnalisés [...]» (*ibid.*, p. 12).

Selon le CASF, la prolifération « spectaculaire » des organismes bénévoles « traduit la faillite de l'intervention gouvernementale » qui a tenté « d'apporter aux problèmes singuliers des réponses générales et universelles » (*ibid.*, p. 12). Cette dénonciation des politiques et des programmes standardisés instaurés sous l'égide du providentialisme constitue de fait le préambule à une revalorisation des « initiatives volontaires » (*ibid.*, p. 12). Ce constat s'accompagne toutefois d'une nouvelle définition de l'engagement bénévole qui se confond désormais avec le militantisme et qui se reconnaît au degré « d'enracinement » du bénévole dans son milieu et « à sa capacité d'interpréter la réalité à laquelle il a partie liée » (*ibid.*, p. 14). Cet engagement « a peu en commun avec la charité chrétienne primitive et la générosité de l'ancienne aristocratie » (*ibid.*, p. 12). Outre son caractère « gratuit », le nouveau bénévolat se caractérise par l'utilisation « de méthodes de travail différentes des méthodes traditionnelles » qui s'expriment par des « actions collectives » orientées « vers le bien commun » (*ibid.*, p. 12).

Ces quelques extraits de l'avis du CASF démontrent à quel point ses auteurs jugent important d'affranchir la pratique du don du joug de la tradition et du paternalisme dans lequel l'avait enfermé le modèle de développement libéral (compromis don/domestique), et de le replacer au sein d'une nouvelle configuration faisant désormais appel au principe d'autonomie, de créativité (monde de l'inspiration) et de participation citoyenne (monde civique). Ce souci manifeste de redéfinir l'action volontaire afin de lui restituer une crédibilité et une légitimité qui s'étaient effritées sous le modèle libéral-conservateur témoigne de la vitalité de la critique artiste au Québec qui a su se faire entendre jusque dans les officines gouvernementales. L'avis du CASF se termine d'ailleurs par une dénonciation des pratiques hétéronomes engendrées par le modèle de développement socioéconomique et par un appel sans équivoque en faveur du soutien des initiatives volontaires considérées à partir des principes de la critique artiste :

Désabusées par les impératifs de l'efficacité économique qui caractérisent un certain type de société de concurrence, les personnes engagées dans l'action volontaire privilégient des valeurs telles que la responsabilité, l'initiative et l'autonomie. C'est pourquoi, les objectifs que poursuit l'action volontaire, souvent en dehors des labyrinthes institutionnels s'inscrivent dans un projet de société où l'homme devient maître de lui-même et de son destin (*ibid.*, p. 14).

Si l'avis du CASF publié en 1976 a participé à la décision gouvernementale de mettre sur pied un premier service de liaison avec les organismes bénévoles, l'avis de 1978, quant à lui, semble avoir influencé les orientations prises par la nouvelle unité administrative mise sur pied pour gérer le soutien financier aux organismes populaires. Le sous-ministre Deschênes y fait d'ailleurs allusion de manière positive dans une entrevue

accordée en 1979, en précisant que le Ministère procède à l'analyse de son contenu « afin que soient dégagées les mesures susceptibles de donner suite à cet avis, qui recommande un plus grand soutien aux organismes bénévoles » (Pilon, 1979, p. 19). De plus, plusieurs recommandations du CASF exposées dans l'avis de 1976, concernant le financement des organismes, sont reprises textuellement dans l'avis de 1978 afin de réaffirmer, si besoin est, la pertinence de la position initiale du CASF à l'endroit des organismes bénévoles. Comme nous le verrons ultérieurement, les budgets accordés à ces organismes ont pratiquement quintuplé dans les deux années qui ont suivi la sortie de l'avis de 1978. Le message transmis par le CASF semble donc avoir porté ses fruits, notamment celui voulant que le financement des organismes constitue le problème prioritaire que l'on doit résoudre afin d'assurer leur survie (CASF, 1978a, p. 20).

## 5. FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉMERGENCE DU SOUTIEN GOUVERNEMENTAL AUX GROUPES POPULAIRES AU COURS DES ANNÉES 1970

Nous achevons ici notre parcours visant à retracer l'évolution des arrangements institutionnels ayant présidé à la naissance des organismes communautaires et à l'émergence du programme de soutien aux organismes bénévoles. À ce stade-ci, la cohérence de notre démarche et la compréhension de notre argumentaire exigent, avant de passer aux dimensions organisationnelles de notre objet d'étude, de tenter une première synthèse des facteurs permettant d'expliquer l'émergence du PSOC au cours des années 1970; une période, rappelons-le, fortement influencée par un modèle providentialiste ayant favorisé l'étatisation de larges pans des services sociosanitaires et, conséquemment, la marginalisation – du moins, pour un temps – des groupes populaires dans l'organisation des services sociosanitaires. Comment alors, dans ce contexte peu favorable aux dispositifs du monde du don, l'État québécois en est-il venu à soutenir – même modestement – des organisations caractérisées précisément par leurs pratiques militantes et bénévoles? Question centrale à laquelle nous sommes tenu de répondre et qui nous permettra, par le fait même, de mettre en tension notre première hypothèse de travail concernant l'institutionnalisation de l'action sociale au sein des nouveaux CLSC.

La synthèse du matériel que nous avons recueilli et les analyses auxquelles nous venons de procéder dans ce chapitre permettent de dégager quatre principaux facteurs explicatifs qui rendent compte de l'émergence du soutien gouvernemental aux groupes populaires au cours des années 1970, en pleine période de développement du providentialisme.

### 5.1. Rationaliser l'intervention gouvernementale en matière de subventions aux organismes

De manière paradoxale, la première raison qui peut être invoquée pour expliquer la constitution d'une politique de soutien aux organismes communautaires est le désir manifesté par l'État québécois et le MAS de rationaliser l'ensemble de sa politique sociale en santé et services sociaux. Fait important toutefois, ce recours à des principes technocratiques, dans le cadre de la création d'un « programme » de soutien aux groupes bénévoles, s'effectue de manière beaucoup moins contraignante que lors de l'institutionnalisation de certaines organisations populaires survenue au cours de la réforme Castonguay-Nepveu. La création de ce programme laisse ainsi entrevoir une application des normes et contrôles (monde industriel) plus respectueuse des spécificités de l'action sociale. Les formes prises par ce soutien traduisent également une volonté plus explicite du MAS de trouver un compromis avec les principes du don et de l'innovation qui sont au cœur des pratiques mises en œuvre par les organismes du tiers secteur. En un sens, tout se passe comme si la création d'une unité administrative ayant pour objectif de soutenir l'action des groupes populaires, permettait à l'État de faire amende honorable et de restaurer au sein du système sociosanitaire les formes de coordination inhérentes au fonctionnement de ces groupes; des modes de coordination inspirés des principes réciprocaires que le MAS n'a pas réussi à maintenir au sein des arrangements institutionnels initiés par la réforme Castonguay-Nepveu. La mise sur pied de cette nouvelle instance administrative venait ainsi corriger partiellement le déséquilibre créé par la position hégémonique des dispositifs technocratiques au sein du système sociosanitaire au détriment d'autres formes de coordination (dispositifs technocratiques dont l'incidence sur l'action sociale a pu toutefois varier selon les territoires, les établissements et les acteurs concernés).

Nous avons mis en relief, au début de ce chapitre, la volonté affichée par les artisans de la réforme Castonguay-Nepveu de soumettre l'ensemble du système sociosanitaire aux principes d'efficacité et de rationalité propres au monde industriel. Dans le volume VI du rapport de la commission Castonguay-Nepveu consacré aux services sociaux, les commissaires expriment clairement leur parti pris pour l'extension de ces principes d'efficacité et de rationalité aux organismes volontaires afin de pallier l'éclatement et la désorganisation qui affectent leur prestation de services (Gouvernement du Québec, 1972, p. 121). Mais la philosophie d'intervention, qui sous-tend la création du programme de soutien aux organismes bénévoles, suppose une certaine évolution par rapport à la vision initiale qu'avait l'acteur politique de l'application des principes d'efficacité aux pratiques des groupes populaires. On peut penser, en

effet, que la naissance et le développement d'un programme de soutien financier (plutôt qu'une étatisation des groupes) témoignant en soi d'un compromis et d'une application moins rigide de cette rationalité industrielle que ne l'avait été l'institutionnalisation des cliniques populaires et des groupes populaires de services sociaux (devenus CLSC).

Le sous-ministre Deschênes, en poste à cette époque, exprime bien cette nouvelle conception des rapports entre l'État et les groupes populaires lorsqu'il affirme que son ministère ne peut «fournir des fonds publics sans avoir des données pour les justifier». Mais d'un autre côté, «il faut (à son avis) éviter l'institutionnalisation des groupes concernés» (Pilon, 1979, p. 19). Reprenant certaines idées émises dans l'avis du CASF de 1978, le sous-ministre précise que les formes prises par ce soutien gouvernemental doivent faire en sorte d'éviter «de récupérer ces groupes» (Pilon, 1979, p. 19). Une telle position manifeste un changement de cap par rapport à la manière d'intégrer les principes de la dynamique réciprocaire au sein du système sociosanitaire. Plutôt que de chercher à absorber l'action sociale au sein des établissements du secteur public, le MAS souhaite désormais lui laisser une certaine marge d'autonomie par l'intermédiaire d'organismes formant un troisième secteur d'activité aux côtés des secteurs public et privé/marchand.

Cette rationalisation de l'aide gouvernementale se fait donc dans un plus grand respect des spécificités de l'action sociale et des groupes qui la soutiennent. Les principes de l'efficacité et de l'efficience (monde industriel) sont ici mis à profit dans une perspective de soutien et d'organisation plutôt que de tutélarisation et de contrôle<sup>15</sup> des groupes populaires. Cela se réalise à travers un compromis avec les principes du don et de l'expérimentation de nouvelles pratiques (monde de l'inspiration). Dans cette nouvelle configuration des rapports entre l'État et les groupes populaires, les principes d'efficacité du monde industriel sont mis à profit pour rétablir une certaine justice dans un processus d'attribution de subventions marqué jusque-là par un certain arbitraire paternaliste (monde domestique), c'est-à-dire un processus caractérisé par l'opacité et l'inconsistance des règles d'attribution des subventions et un manque de rigueur quant à la pertinence des organismes choisis pour en bénéficier (Entrevues n° 19 et n° 32; Pilon, 1980b).

Ce recours «feutré» aux dispositifs technocratiques ne se manifeste pas uniquement dans les formes institutionnelles du nouveau programme de soutien aux organismes bénévoles. Il a également une incidence sur la structure des groupes qui sont financés. Les règles touchant le fonctionne-

---

15. Le CASF parle ainsi d'une «récupération» et d'un «assujettissement» des groupes qui s'apparente à un «paternalisme d'État» (CASF, 1978a, p. 16).



ment démocratique des groupes devenant une condition d'allocation des ressources financières, le programme favorisait le financement des groupes ayant une vie démocratique active et réelle. C'est ainsi que certains organismes ont dû revoir leur mode de fonctionnement afin de se conformer à ces règles. Les propos tenus en entrevue par un fonctionnaire du PSOC rendent bien compte de cet effet structurant du programme sur certains organismes, peut-être moins bien organisés au départ :

Je dirais que même dans les formulaires de demande de subventions, il y avait un aspect pédagogique, c'est-à-dire qu'on disait aux groupes : « C'est quoi votre conseil d'administration? Vous avez combien de réunions? Avez-vous des assemblées spéciales? C'est qui vos membres en règle? » Les gens nous répondaient : « C'est quoi ça? » Même les états financiers, on a toujours développé une logique pour dire aux gens : « [...] Quand vous présentez votre demande, vous rendez compte d'un exercice complété, vous êtes dans un exercice en cours et il y a un exercice à venir, ce pourquoi vous faites une demande de subvention. » Fait qu'on les situait toujours dans cette logique-là. [...] Les gens au début, je me rappelle dans les premiers organismes, des fois, ils avaient une subvention et on leur disait que ça leur prenait une charte. Ils n'avaient même pas de charte (Entrevue n° 14, p. 41).

Mais au fil du temps, chacun semble s'être ajusté à la réalité de l'autre afin que le programme soit en mesure d'assurer des rapports davantage de soutien que de contrôle sur les organismes :

Au début, les premiers petits organismes de maintien à domicile, [le rapport d'activité], c'était une feuille et les gens ne s'occupaient pas trop de ça. Et on ne voulait pas, nous autres non plus, les obliger à de la paperasserie et leur compliquer ça. On essaie d'aller au strict minimum : le moins de papier possible. Ils font une demande à chaque année mais, après ça, ils font un rapport annuel qu'ils présentent à leurs membres et leurs états financiers. Pour le reste, on ne compte pas les chaises et les tables, on règle ça le plus simplement possible pour qu'ils rendent compte de leur subvention. Je disais souvent aux gens : « une assemblée générale annuelle », c'est pas juste une personne ; un rapport annuel, ça permet d'informer d'autres gens, ça permet d'avoir des subventions, d'avoir des points critiques, des choses qui permettent d'améliorer. Prenez ça comme un exercice pour améliorer l'organisme (Entrevue n° 14, p. 41).

Ce témoignage rend compte d'un mode de fonctionnement administratif qui a su faire des compromis avec l'autonomie et la singularité des organismes (mondes inspiré et don). Il rend compte également de l'instauration de nouvelles règles – encadrant les rapports entre le MAS et les groupes – qui sont adaptées à la réalité des organismes et qui tendent à les arracher à l'arbitraire d'une gestion paternaliste (monde domestique). Ces

règles se sont d'ailleurs maintenues au fil des années et la plupart des principes auxquels le fonctionnaire fait référence dans l'entrevue sont toujours en vigueur aujourd'hui au sein du PSOC. D'ailleurs, parmi la vingtaine d'entrevues que nous avons réalisées auprès de représentants des milieux communautaires, tous se sont dits relativement satisfaits des règles régissant les conditions du soutien financier accordé par le PSOC (mais pas nécessairement satisfaits sur l'ordre de grandeur de ce soutien, comme nous le verrons dans les chapitres suivants). Au contraire, plusieurs ont même vanté les principales dispositions de ce programme et l'autonomie qu'elle accorde aux organismes dans l'interprétation et l'articulation concrète de leur mission.

## 5.2. Pallier l'échec partiel de la participation dans les établissements publics

La deuxième raison que nous pourrions invoquer pour expliquer l'émergence du soutien gouvernemental aux groupes populaires se situe en continuité avec la première justification à laquelle nous venons de nous référer, à savoir qu'à partir du milieu des années 1970, le MAS a cherché à assurer la présence d'un tiers secteur et à favoriser l'essor des groupes populaires afin de pallier l'échec partiel de la participation citoyenne dans le réseau public, et particulièrement dans les CLSC qui représentaient la catégorie d'établissements incarnant le mieux cette participation. Or, compte tenu de la complexité et de la lourdeur des structures institutionnelles qui encadrent le fonctionnement des établissements publics, les limites de la participation citoyenne dans ces établissements ont vite été atteintes (CASF, 1976, p. 35-36).

Ce deuxième argument en faveur du développement des groupes populaires renvoie donc aux défaillances des mécanismes de participation mis en place à la suite de la réforme de 1971 qui voulait étendre aux établissements publics l'expérience de participation vécue dans les cliniques et les groupes populaires. Pièces maîtresses de la réforme Castonguay-Nepveu, les CLSC n'ont jamais été en mesure de combler les attentes à l'égard de l'action sociale et de la participation qu'elle suppose de la part des citoyens-usagers. Pour des raisons que nous avons en partie exposées précédemment dans ce chapitre ainsi qu'au chapitre 2, plusieurs des innovations sociales portées par les groupes populaires n'ont pu être greffées aux CLSC (Godbout et Martin, 1974; Boivin, 1988), alors que d'autres n'ont survécu que de manière partielle ou temporaire (Lévesque, Bélanger et Plamondon, 1987; Entrevue n° 39). Cela ne signifie pas pour autant que les CLSC sont devenus des établissements sans originalité et sans pratiques particulières, surtout si on les compare aux autres catégories d'établissements du réseau public (Poupart, Simard et Ouellet, 1986). Au contraire,

l'interdisciplinarité des pratiques, la souplesse relative de leurs structures organisationnelles et le développement de pratiques d'organisation communautaire en ont fait malgré tout des établissements de première ligne plus près des communautés que la plupart des autres types d'établissements publics ou privés/marchands du réseau (Favreau et Hurtubise, 1993). Ces établissements ont en outre toujours partagé une certaine complicité avec les organismes communautaires implantés sur leur territoire (Roy, 1987). Mais les tergiversations du MAS, au milieu des années 1970, quant à la pertinence de compléter le réseau de CLSC sur le territoire québécois, ainsi que les inquiétudes grandissantes du Ministère concernant l'augmentation des coûts de fonctionnement du système, n'ont pas favorisé la consolidation et l'essor des aspects novateurs de la pratique développés au départ au sein de la programmation de certains CLSC.

À cet égard, rappelons que le MAS n'a produit son premier document d'orientation sur la question qu'en 1977, soit six ans après la création du premier CLSC (MAS, 1977b); et encore faut-il savoir que ce document n'a fait l'objet que d'une diffusion restreinte dans le réseau des CLSC (Roy, 1987). Signalons également qu'en 1974, le MAS avait demandé à une équipe de travail de faire le point sur le fonctionnement des CLSC. Or, cette demande a finalement donné lieu à l'expression de points de vue divergents parmi l'équipe chargée de faire ce bilan, ce qui a entraîné la publication de deux rapports – un majoritaire (Custeau *et al.*, 1975) qui entrevoyait l'avenir des CLSC davantage à travers la consolidation de leur mission de services généraux et un second, minoritaire (Alary et Lesemann, 1975), qui privilégiait les CLSC en tant qu'institution participant aux processus de transformation sociale et misant de manière plus audacieuse sur l'action communautaire (MAS, 1975a, p. 55). Ces deux rapports ont été déposés en juin 1975. Ces rapports n'ont jamais fait l'objet d'un suivi systématique et clairement affirmé, même si les recommandations incluses dans le rapport majoritaire – plus traditionnel dans son approche – semblent avoir finalement influencé davantage le Ministère dans l'orientation qu'il entendait donner aux CLSC dans les années suivantes (Roy, 1987).

Ce tableau ne serait pas complet sans rappeler que l'histoire des CLSC fut marquée, au début des années 1970, par la mise en tutelle de certains établissements. Cela a eu pour effet de renforcer la tendance à la centralisation des pouvoirs aux mains du Ministère au détriment des pouvoirs locaux sur lesquels se faisait davantage sentir la participation des citoyens-usagers (Bélanger, Lévesque et Plamondon, 1987). D'ailleurs, à partir de 1975, le MAS met en place une nouvelle structure administrative qui s'occupe exclusivement des CLSC et qui va accroître les mesures de contrôle sur ces établissements (MAS, 1975a). Enfin, s'ajoute à ces facteurs la tendance lourde de l'époque, avec la syndicalisation du personnel au sein des

établissements publics, de prioriser les enjeux concernant les rapports de travail (et donc, les producteurs de services) plutôt que ceux touchant les rapports de consommation et les usagers des services.

### 5.3. Pallier les limites du secteur public quant à sa capacité de prise en charge des besoins sociosanitaires

Dans un premier temps, le maintien par le MAS d'un soutien minimal à certains groupes bénévoles et populaires répondait à la nécessité d'assurer la continuité des services à la population pendant la période de mise en place des CLSC (par exemple, certains services à domicile). À cet égard, la réforme de 1971 entraînait de « gros changements » au sein du Ministère et le MAS avait peut-être sous-estimé les difficultés liées à l'implantation d'un nouveau réseau d'établissements comme les CLSC (Entrevue n° 14, p. 6). Or, comme nous l'avons vu dans la section précédente, non seulement ce processus d'implantation s'est réalisé de manière plus lente que prévu, mais il a même fait l'objet d'une interruption entre 1977 et 1981.

D'ailleurs, ce n'est peut-être pas un hasard si le regain d'intérêt du MAS pour les organismes populaires dans la deuxième moitié des années 1970 – qui a amené la création d'un programme de soutien aux groupes populaires en 1977 – coïncide avec le moratoire qui a frappé le développement du réseau des CLSC dans la seconde moitié des années 1970. Dans une conjoncture de remise en question et d'incertitudes quant à la pertinence de la mission initiale attribuée aux CLSC et, de manière plus large, dans un contexte de prise de conscience progressive des limites et des coûts rattachés à un développement tous azimuts des services publics, l'arrivée d'acteurs provenant d'un tiers secteur, prêts à assumer à un faible coût certains services sociosanitaires, devait apparaître comme une solution attrayante (bien que partielle) pour faire face à l'augmentation de la demande de services. Les propos tenus en entrevue par un fonctionnaire ayant commencé sa carrière au MAS au début des années 1970 traduisent bien l'esprit qui animait à l'époque les promoteurs de la réforme Castonguay-Nepveu :

C'était tellement considérable cette réforme. Il y avait tellement de nouveaux scolarisés qu'on s'était dit que les problèmes de santé et de services sociaux, on va répondre à ça de façon professionnelle, on va avoir des professionnels partout. On va s'en occuper, on va avoir un bon système. Je pense qu'effectivement, on en a un, mais je pense qu'on a sous-estimé l'ampleur des besoins nouveaux aussi (Entrevue n° 14, p. 5).

Même constat de la part d'un autre fonctionnaire, artisan de la première heure du réseau des CLSC, qui rappelle, dans un livre publié en 1987 :

[...] qu'on pensait même à l'époque que la société pourrait se passer de tout le secteur des services offerts par les bénévoles et les organismes communautaires œuvrant dans le champ des services de santé et des services sociaux. On a rapidement déchanté. L'État a été bien naïf de croire qu'il pourrait satisfaire tous les besoins sociosanitaires de la population (Roy, 1987, p. 18).

Jean-Claude Deschênes, sous-ministre au MAS à la fin des années 1970, exprimait à sa façon cette prise de conscience relative aux limites du secteur public en affirmant « qu'il y a des types de besoins que les établissements ne peuvent pas satisfaire facilement ou, dans certains cas, qu'ils ne peuvent pas du tout satisfaire autrement que par des groupes volontaires ou bénévoles, qui ont besoin d'un certain soutien financier » (Pilon, 1979, p. 19).

Malgré les rapprochements qui peuvent être faits entre les limites du système public et l'émergence d'un tiers secteur, il ne faudrait pas croire que cette réorientation du MAS par rapport aux groupes populaires ait fait l'objet d'une véritable planification. Bien au contraire. Suivant l'analyse développée par le CASF en 1978, « c'est un peu malgré lui [que] le gouvernement s'est [...] engagé dans la voie du financement des organismes bénévoles » (CASF, 1978a, p. 20). En fait, comme le relatait en entrevue un fonctionnaire du PSOC :

[...] on s'est rendu compte (dans les années 1970) qu'il y avait toujours des groupes d'entraide qui naissaient pour compléter des services ou se donner des choses qui n'étaient pas offertes [par le secteur public]. [...] C'est sûr que le gouvernement devait être prudent par rapport au développement de tout un réseau comme ça. Mais rapidement, il a surgi des problématiques nouvelles ou des besoins nouveaux: la violence à l'égard des femmes, les enfants maltraités, les personnes âgées isolées, etc. (Entrevue n° 14, p. 5-6).

Cette prise de conscience du MAS par rapport au rôle joué par les groupes populaires est donc intervenue de manière progressive au cours des années 1970. Elle faisait suite aux demandes de financement croissantes, acheminées au MAS par les groupes au cours de cette période, et au soutien effectif accordé par le Ministère à un nombre grandissant de ces groupes, étant donné la pertinence de leurs activités. Malgré l'ampleur modeste des sommes consacrées (moins de un million de dollars annuellement), ce soutien avait pris une importance suffisante pour que le MAS sente le besoin d'interpeller le CASF sur la politique à suivre à l'égard de ces groupes puisqu'il devenait de plus en plus évident que les institutions du secteur public ne parvenaient pas à combler l'ensemble des besoins sociosanitaires de la population (CASF, 1976; 1978a). Il n'y a

donc pas qu'en termes de participation citoyenne qu'on avait surestimé les capacités de prise en charge des dispositifs providentialistes et étatiques mis en place par la Loi de 1971. La capacité des dispositifs étatiques de répondre aux besoins de services de la population avait aussi été surestimée, tant dans sa dimension quantitative (réponse à tous les besoins) que dans sa dimension qualitative (forme du service).

#### **5.4. Refus de certains acteurs sociaux d'adhérer au compromis providentialiste**

Nous avons déjà mis en relief, au chapitre 1, le fait que les règles du jeu administratives et politiques qui structurent les institutions publiques renvoient à des compromis, et non à des consensus. Cela suppose la présence, même lors de périodes d'apparente unanimité autour d'un projet politique, d'acteurs sociaux qui restent hostiles au compromis ayant donné lieu à certains arrangements institutionnels. Dans ce cas-ci, les travaux de la commission Castonguay-Nepveu ont été le prélude à l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 qui orientait les structures et le développement des services sociosanitaires au Québec dans le cadre d'une rationalisation étatique poussée, laissant finalement peu d'espace aux acteurs du secteur marchand et du tiers secteur associatif et coopératif.

L'examen du libellé du chapitre 48, que nous avons fait précédemment, corrobore ce refoulement de certains acteurs aux marges du système. Mais le contenu d'une loi, aussi importante soit-elle, ne dit pas tout sur les formules organisationnelles qui peuvent être mises en place pour donner corps aux structures institutionnelles du système. Ainsi, même si les modalités de financement et de régulation des services sociosanitaires, définies par le chapitre 48, relevaient au premier chef d'institutions publiques, elles auraient tout aussi bien pu s'accompagner d'une ouverture plus grande quant au partage des responsabilités touchant la production des services. Or, les témoignages et les sources documentaires de l'époque auxquels nous nous sommes référé, ont montré que c'est en priorité aux établissements du secteur public que les réformateurs du système sociosanitaire voulaient faire appel pour répondre à la demande de services sociosanitaires de la population. Peu de concessions ont alors été faites dans la réforme de 1971 permettant l'essor des pratiques provenant du tiers secteur. Les groupes populaires devaient plutôt envisager leur pérennité au sein d'un processus d'institutionnalisation/étatisation de l'action sociale trouvant son aboutissement dans la création d'un réseau de CLSC couvrant l'ensemble du territoire québécois.

Or, certains acteurs sociaux ont dès le départ manifesté leur refus de s'associer à ce compromis. Ces dissensions se sont exprimées dès la tenue des audiences de la commission parlementaire sur le projet de loi 65 en

1971. À cette occasion, plusieurs groupes ont manifesté leur désaccord avec la vision des services promue par le nouveau ministre Castonguay. La notion de participation notamment, qui était au cœur des transformations qu'on voulait apporter au système, était loin de plaire à l'ensemble des groupes issus du tiers secteur. En commission parlementaire, l'opposition la plus vive au projet de loi et les affrontements les plus durs avec le ministre Castonguay ont d'ailleurs impliqué des groupes populaires. Certains, comme les Groupements populaires du Québec, sont venus dire au ministre qu'ils ne croyaient pas aux mécanismes de participation proposés dans la réforme, ni d'ailleurs au processus de consultation mis en branle par la commission elle-même, qu'ils assimilaient l'un comme l'autre à une « fausse participation » qu'il convenait de dénoncer (Robin, 1984, p. 76). D'autres ont été encore plus radicaux dans leur dénonciation du projet de loi en affirmant carrément, lors de la commission que, de toute façon, « dialoguer, c'est se faire fourrer » (*ibid.*, p. 82).

Pour dénoncer le projet de réforme gouvernementale, le discours de ces groupes s'appuie en bonne partie sur certains principes tels que l'autonomie et la liberté d'action (critique artiste) qu'ils livrent à travers un « discours émotif et provocateur » qui déstabilise certains commissaires et met en contradiction le « semblant de participation » que l'État veut instituer par le bill 65 avec le projet autogestionnaire des groupes populaires. Selon ces groupes, cette réforme n'a pour but que de faire rêver et « garder dans la dépendance sociale » la majorité des citoyens. Conséquemment, cette réforme ne pourra donc qu'ajouter « à [leur] aliénation économique, une aliénation sociale et politique » (*ibid.*, p. 85).

Pour certains groupes, cette interpellation virulente du MAS s'apparente à un baroud d'honneur avant d'entamer un processus de négociation visant à intégrer la réforme selon des modalités qui respectent un certain nombre de principes auxquels ils tiennent particulièrement. C'est le cas, par exemple, de la Clinique de Pointe Saint-Charles qui va négocier un statut spécial au sein du réseau des CLSC. Plusieurs projets de cliniques populaires en chantier au moment de la réforme vont aussi être intégrés sans trop de difficultés au sein des nouveaux CLSC en émergence sur leur territoire. Rappelons toutefois que certains de ces projets de cliniques – la Clinique de la Petite-Bourgogne (1971) et la Clinique du Centre-Ville (1971) par exemple – avaient vu le jour précisément dans le but de se positionner et d'influer sur les propositions du MAS dans le cadre de la mise en place des futurs CLSC. Ces projets vont constituer, en quelque sorte, les premiers comités d'implantation mis en place pour développer les CLSC (Godbout et Martin, 1974). La Clinique Saint-Jacques, quant à elle, va au départ résister à son institutionnalisation mais ses activités seront finalement intégrées au CLSC du Plateau Mont-Royal en 1986. Par contre, les difficultés et les résistances rencontrées

au cours du processus d'intégration vont faire en sorte que peu d'éléments spécifiques de la programmation de la Clinique seront retenus dans les structures du nouveau CLSC (Boivin, 1988), sinon l'accent mis sur l'organisation communautaire et la survivance de pratiques de proximité accueillantes reposant sur l'engagement de certains individus.

Les groupes populaires de services sociaux – les véritables *outsiders* de la réforme – vont plutôt opter pour une stratégie de survivance mettant à profit leur enracinement dans les communautés et les liens développés avec certains CLSC. Évidemment, certains groupes s'opposent à toute forme d'engagement de l'État dans l'action sociale, sinon par l'entremise d'un appui financier inconditionnel. Ils refusent alors le compromis, tournant le dos à toute forme de discussion sur leur éventuelle contribution aux nouvelles structures en émergence. Cependant, d'autres groupes développent des positions mitoyennes par rapport au compromis. Nous avons vu précédemment comment certains d'entre eux ont monnayé leur appui au projet de CLSC dans leur territoire en exigeant en contrepartie, de la part du MAS ou du CLSC, certaines ressources matérielles et financières propres à assurer leur développement. N'ayant jamais vraiment manifesté d'appui au projet gouvernemental, mais ne s'y étant jamais opposé non plus de manière active, comme certains avaient pu le faire lors des débats parlementaires sur le projet de loi 65, ces groupes s'en tiennent plutôt à une position de repli stratégique qui en font des acteurs ayant une appartenance fragile au compromis providentialiste<sup>16</sup>.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette position de retrait : le manque de ressources pour organiser une véritable opposition, l'appui tacite à certains aspects de la réforme (par exemple, l'universalité des services), la position ambiguë sur la pertinence de l'intervention étatique (notamment de la part des militants issus des groupes marxistes), etc. En outre, il est clair que ces groupes, malgré la présence croissante de l'État dans le domaine sociosanitaire, veulent poursuivre leurs activités et préserver leurs spécificités par rapport à l'action sociale étatique. À cet égard, une enquête menée en 1978 pour le compte du Regroupement des organisateurs communautaires du Québec (ROCQ) évalue qu'à la fin des années 1970 près de 60% des organisateurs communautaires pratiquaient

---

16. Par opposition aux acteurs ayant une appartenance forte au compromis comme certains éléments de la classe politique (au premier chef, le gouvernement libéral de l'époque), certains regroupements professionnels (par exemple, les travailleurs sociaux professionnels), les jeunes fonctionnaires scolarisés qui, non seulement sont sensibles aux principes généraux mis de l'avant par la réforme (universalité, accessibilité et gratuité des services), mais qui y voient en plus des perspectives intéressantes d'emplois et de carrière.



à l'intérieur d'institutions ou d'établissements du secteur public alors que 40% d'entre eux étaient rattachés à des organisations issues de la communauté (Doré et Larose, 1978, p. 32). Même si ce portrait fournit une image approximative de l'organisation communautaire au Québec, il a tout de même le mérite de mettre en évidence une donnée bien réelle, soit la présence et la persistance au sein du système sociosanitaire d'acteurs sociaux non ralliés au compromis providentialiste.

Quoi qu'il en soit, ce sont donc les groupes ayant refusé d'adhérer au compromis ou se situant en marge de ce compromis qui vont former la base sur laquelle va se constituer graduellement un nouvel acteur qui va négocier avec l'État sa reconnaissance au sein d'un dispositif hautement étatisé. D'une certaine manière, le développement d'un programme de soutien aux organismes populaires et bénévoles s'avère un compromis particulier s'insérant au sein d'un compromis plus global dans lequel on n'avait pas cru bon, au départ, de prévoir des arrangements spécifiques pour une catégorie d'acteurs se situant à l'extérieur de son aire d'influence. L'avènement de ce programme de soutien participe donc, en quelque sorte, à la résurgence d'un acteur social qu'on avait d'abord voulu intégrer dans les structures étatiques. Les termes de ce compromis vont constituer la base d'une codification originale des rapports entre l'État québécois et les groupes populaires et bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette originalité du programme et les arrangements institutionnels auxquels il va donner lieu prendront une importance cruciale pour ces groupes dans les années qui suivront, à mesure que va s'accroître leur importance numérique et politique et que va s'intensifier la crise du providentialisme.



## CHAPITRE 4

# LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES VOLONTAIRES

La mise en place de l'État-providence dans le domaine sociosanitaire s'accompagne de toute une série d'initiatives et de réformes au plan organisationnel. C'est dans la foulée de ces événements que va graduellement s'imposer la nécessité d'instaurer certains dispositifs, certes modestes mais bien réels, afin de soutenir, ne serait-ce que provisoirement, certains organismes sans but lucratif œuvrant en santé et services sociaux. Le chapitre 4 s'attarde plus particulièrement sur les modalités et l'ampleur du soutien accordé par l'État québécois à ces organismes du tiers secteur, tout en reconstituant la trame des événements qui ont mené à la création du Programme de soutien aux organismes communautaires, désigné initialement sous le vocable de Programme de soutien aux organismes volontaires. C'est dans ce chapitre que nous caractériserons également les nouvelles formes de coordination régissant les rapports entre le tiers secteur et le secteur public qui apparaissent dans la seconde moitié des années 1970.

## 1. UN NOUVEAU MINISTÈRE EN PLEINE TRANSFORMATION

La création du MAS en 1970, par la fusion du ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social, vise à assurer plus de cohésion à l'action gouvernementale dans le domaine des politiques sociales, notamment par l'établissement d'une plus « étroite coordination » entre les secteurs de la santé et des services sociaux (MAS, 1971, p. 14). Le nouveau ministère est ainsi responsable « de trois domaines spécifiques du développement social », soit la sécurité du revenu, les services de santé et les services sociaux (MAS, 1972, 1973, p. 11). Cette nouvelle structure ministérielle est dotée provisoirement de sept directions, soit celle des Affaires extra-ministérielles, de la Planification, de la Programmation, du Financement, des Relations professionnelles, des Programmes spéciaux (comme l'aide sociale) et de l'Administration interne. Toutes ces transformations participent à la mise en place du concept de « politique sociale intégrée » qui vise à harmoniser et à mieux coordonner un ensemble de politiques et de programmes sociaux jusqu'alors éparpillés dans plusieurs ministères ou organismes et qui s'appuie sur une nouvelle vision globale du développement social ainsi que des problèmes sociosanitaires vécus par les populations (Gouvernement du Québec, 1971).

Deux mesures importantes viennent également restructurer le fonctionnement du Ministère au cours de cette période. D'abord, le gouvernement du Parti libéral, par l'entremise du Conseil du Trésor qui en assume la responsabilité, soumet l'ensemble de l'appareil gouvernemental aux pratiques du Planning, Programming, Budgeting System (PPBS) (MAS, 1972). En implantant ce nouveau système de gestion, le gouvernement québécois ne faisait que suivre l'exemple de la plupart des autres pays occidentaux qui l'avaient déjà adopté ou qui étaient sur le point de le faire, y compris le gouvernement fédéral et le gouvernement de l'Ontario qui avaient commencé sa mise en opération au cours des années 1960 (Conseil du Trésor, 1972). Une définition simple de cette méthode consisterait à dire qu'elle permet au gouvernement d'allouer ses ressources en fonction d'objectifs précis et prédéterminés, plutôt qu'uniquement sur la base de postes budgétaires sans égard au rôle joué par les ressources investies dans ces postes dans la production globale des services. L'originalité du système PPBS, qui attribue un rôle central au Conseil du Trésor dans l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières du gouvernement, réside précisément dans l'accent mis désormais sur les biens et services produits par l'État (*outputs*). Il faut dire que jusque-là, « le gouvernement [avait] rarement été assimilé à une entreprise productrice de biens et de services » (Conseil du Trésor, 1972, p. 6). Au Québec, l'application du PPBS a eu pour effet de diviser les activités de l'État en trois grandes composantes : la superstructure (missions, domaines et secteurs), la structure (programmes et éléments de programme) et l'infrastructure (activités, projets, opérations).

L'implantation de cette nouvelle méthode de gestion et de planification par «budget-programme» a laissé une empreinte profonde dans la structure du Ministère comme le laisse voir l'organigramme du MAS et surtout ses divers postes budgétaires désormais découpés en secteurs, en programmes et en éléments de programme (MAS, 1972, 1973, 1974, 1975a, 1976, 1977a, 1978, 1979a). L'adoption d'une forme organisationnelle pour structurer l'action gouvernementale dans son appui au secteur bénévole se fait donc en conformité avec les nouvelles méthodes de gestion, soit par la création d'un nouveau «programme» visant le soutien aux organismes bénévoles.

La seconde mesure prise au début des années 1970 est l'adoption d'un nouveau système de financement qualifié de «budget global» (MAS, 1972, p. 93-97). Ce mode d'attribution budgétaire prévoit l'allocation des ressources financières aux divers établissements sur la base d'une enveloppe globale qui permet une plus grande latitude dans la répartition des sommes octroyées aux institutions. Découlant des recommandations de la commission Castonguay-Nepveu, l'adoption de cette nouvelle méthode de financement «a pour objectif la promotion d'une gestion plus efficace et des prises de décision conformes aux objectifs poursuivis» (MAS, 1972, p. 96). La méthode du «budget global» s'inscrit donc en continuité avec les restructurations découlant du PPBS. Elle se voulait en quelque sorte la dimension opérationnelle et comptable d'un système plus vaste défini au plan macro par le «budget-programme» (Marsolais, 1972, p. 29).

Ces transformations au plan organisationnel ne sont pas anodines. Elles découlent de l'application concrète des principes de contrôle et de mesure gestionnaire (monde industriel) au système sociosanitaire québécois par lesquels on tente d'apporter des solutions aux aspects discriminatoires et arbitraires du système hérité du modèle libéral. D'ailleurs, de l'avis même du Ministère, «le budget global constitue un élément majeur dans l'implantation de la Loi 65» qui devrait permettre d'assurer la qualité et la continuité des services (MAS, 1972, p. 96). L'application du PPBS et celle du principe de budget global vont ainsi amorcer un nouveau cycle de transformation des structures du ministère des Affaires sociales (malgré l'abandon, quelques années plus tard, des pratiques budgétaires du PPBS) et vont former la trame du nouveau programme de soutien aux organismes volontaires en 1973.

## **2. LA DIFFICILE ÉMERGENCE D'UNE UNITÉ ADMINISTRATIVE DISTINCTE AU SEIN DU MAS : LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES VOLONTAIRES (1970-1975)**

Dans un premier temps, soit au cours des années budgétaires 1970-1971 et 1971-1972, les organismes volontaires – pour reprendre la désignation utilisée à l'époque – sont sous la responsabilité directe de la direction de la

Programmation qui joue un rôle général « d'organisation et de normalisation » au sein du système sociosanitaire. Cette direction doit ainsi, « durant la phase transitoire [de la réforme], assurer une étroite coordination entre les activités gérées par les organismes paragouvernementaux (agences, associations, institutions et corporations) » (MAS, 1971, p. 29). C'est donc à cette direction qu'incombe la responsabilité d'assurer « le développement et le fonctionnement rationnel des huit cents établissements autonomes des secteurs parapublics et privés de santé et de services sociaux » (MAS, 1971, p. 27) au sein desquels se retrouvent les groupes populaires et bénévoles. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le mentionner, à cette époque, le MAS n'établit aucune distinction entre les organismes à but lucratif et les organismes sans but lucratif, les associant l'un comme l'autre au secteur privé.

À partir de l'année budgétaire 1972-1973 – année de la mise en application du chapitre 48 –, des modifications sont apportées à l'organigramme du Ministère tel qu'il a été défini à la suite de la fusion en 1970 du ministère de la Santé avec celui de la Famille et du Bien-être social. Ainsi, l'aide sociale, qui avait d'abord constitué un volet parmi d'autres au sein des Programmes spéciaux, constitue désormais un « domaine » distinct, alors que les autres éléments de la direction des Programmes spéciaux sont intégrés à la direction de la Programmation<sup>1</sup>. Cette dernière est à son tour subdivisée en différents programmes : programmes de santé, programmes de services sociaux et programmes spéciaux auxquels s'ajoutent les équipements et les systèmes de gestion. C'est à l'intérieur de la composante « Programmes spéciaux<sup>2</sup> », maintenant intégrée à la direction de la Programmation, qu'on retrouve le Programme de soutien aux organismes volontaires (MAS, 1973).

Malgré la présence d'un poste budgétaire distinct dans le budget global du MAS à partir des années 1973 et 1974 (MAS, 1973, 1974) pour les organismes dits volontaires, les références au contenu de ce poste sont inexistantes dans les rapports annuels du Ministère pour ces mêmes années, ce qui témoigne du caractère marginal et du peu d'importance accordée à ce programme au sein du MAS à l'époque. En fait, la première allusion au contenu du programme de soutien aux organismes volontaires apparaît dans le rapport annuel du MAS de 1975 (MAS, 1975a, p. 59). Cette année-là, le Ministère prend la peine de définir en quelques lignes l'objectif du programme et de préciser les organismes visés par son appui :

---

1. Gérard Nepveu, qui avait présidé la commission Castonguay-Nepveu à partir du 1<sup>er</sup> avril 1970, devient le sous-ministre adjoint à la direction de la Programmation du MAS en 1973 (MAS, 1973, p. 26).

2. Albini Girouard en sera le premier directeur (MAS, 1973, p. 26).

Ce programme a pour but de venir en aide à divers organismes de bienfaisance à caractère social et sans but lucratif. Les organismes financés appartiennent à trois catégories principales :

1. organismes de promotion des intérêts de certaines couches de population, telles les familles monoparentales, les handicapés physiques, les handicapés mentaux ;
2. organismes de services : banque d'organes, banque de sang ;
3. organismes de bénévolat : par exemple, les centres de bénévolat, les popotes volantes (MAS, 1975a, p. 59).

Les précisions apportées par le MAS concernant ce programme constituent pour nous une porte d'entrée nous permettant d'examiner d'un peu plus près les formes de coordination envisagées par l'acteur politique et administratif pour intégrer les activités du secteur bénévole au système sociosanitaire. D'abord, la référence aux « organismes de bienfaisance » tend à démontrer qu'au milieu des années 1970 le Ministère appréhende encore le tiers secteur selon une configuration héritée du modèle libéral, c'est-à-dire un secteur constitué d'organismes sans but lucratif dont les principes d'action sont issus du bénévolat et de la charité. La liste des organismes financés par le programme de soutien aux organismes volontaires au cours des années financières 1974-1975 à 1977-1978 témoigne de cette orientation qui privilégie l'allocation de ressources aux organismes à caractère philanthropique (MAS, 1975a, 1976, 1977, 1978).

On peut penser que cette vision traditionnelle des organismes bénévoles était partagée par le ministre de l'époque, Claude E. Forget, qui a succédé à Claude Castonguay en 1973 à la barre du ministère des Affaires sociales. Dans une entrevue accordée à la revue *65 à l'heure* en 1975, le ministre Forget laissait transparaître sa conception du bénévolat qu'il associait principalement à « la bonne volonté » des personnes. Selon le ministre Forget, « il faut éviter de trop organiser la bonne volonté [puisque] c'est la denrée la plus périssable qui soit. [...] Le bénévolat est une plante fragile ; si on la bouscule un peu trop, elle dépérit vite » (Plamondon, 1975, p. 5). Cette vision du bénévolat venait en quelque sorte cautionner l'inaction gouvernementale en matière de soutien aux organismes bénévoles puisque, dans cette conception, la fragilité du geste bénévole ne pouvait que difficilement survivre à toute forme d'intervention de l'État.

Certes, il fallait se prémunir contre la tentation d'enrégimenter les organismes dont l'originalité se situait précisément dans leur capacité d'adaptation et leur liberté d'action au sein des communautés. Néanmoins, on ne sentait pas encore, au plan ministériel, une volonté quelconque de trouver un compromis qui aurait permis à ces organismes de recevoir une aide gouvernementale, tout en les préservant des dérives

technocratiques associées aux mesures de contrôle qui peuvent accompagner ce type d'appui. Pourtant, la nécessité de trouver un tel compromis se faisait sentir de manière pressante sur le terrain avec la multiplication des organismes et l'avènement de la génération des groupes populaires de services (Godbout et Collin, 1977; Bélanger et Lévesque, 1992).

Plusieurs études et témoignages recueillis rendent compte aujourd'hui de ce passage vers de nouvelles formes d'engagement bénévole qui mettaient l'accent sur le caractère résolument engagé et militant des nouveaux organismes populaires. Or, le ministre Forget ne semblait pas avoir pris la mesure des transformations en train de s'opérer à l'époque dans les formes de coordination mises en place pour assurer la cohésion et le fonctionnement des organismes populaires et bénévoles au sein du système sociosanitaire québécois. Mais il n'était assurément pas le seul, car durant cette période où les groupes de bienfaisance, les groupes de défense de droits et les groupes populaires de services se côtoient selon des lignes de démarcation qui sont loin d'être toujours clairement établies – et alors que leur désignation varie également en fonction des interlocuteurs : organismes volontaires, organismes bénévoles, groupes populaires, organismes communautaires –, l'expression «groupes bénévoles» pouvait revêtir de multiples significations et créer ainsi une certaine confusion quant à la nature de leur action et de leur rôle au sein du système sociosanitaire. Mais ce qu'il importe de retenir, c'est que, dans ce contexte, plusieurs entretenaient encore à leur égard une conception plutôt «charitable» de leurs activités.

Incidemment, on retrouve certains aspects de cette vision traditionnelle du bénévolat chez Albini Girouard, directeur adjoint à la programmation des services sociaux, à qui incombe la responsabilité d'administrer le Programme de soutien aux organismes volontaires au cours des années 1970. Pour celui-ci, l'action bénévole «consiste essentiellement à communiquer une chaleur humaine à des personnes qui sont défavorisées et le plus souvent seules» (Langlois, 1977, p. 3). Selon lui, seuls des bénévoles peuvent remplir cette mission dans le système sociosanitaire, ce type d'intervention ne convenant pas aux pratiques professionnelles davantage axées sur l'application de méthodes d'intervention éprouvées et la recherche d'efficacité et d'efficacité (monde industriel).

On peut penser que cette rupture entre professionnalité et réciprocité dans l'organisation des services découle précisément de cette vision traditionnelle du bénévolat que continuent à entretenir plusieurs tenants du projet providentialiste. Tournés résolument vers des formes de coordination et d'organisation de services découlant des nouveaux savoirs produits par les sciences administratives et les sciences sociales (gestion



par comité de travail, négociation de convention collective, application du taylorisme, etc.), ils arrivent difficilement à intégrer dans leur vision du développement social l'avènement d'une nouvelle forme de bénévolat, plus engagé, plus militant et allant au-delà du bien-être que peut procurer une oreille attentive ou un geste chaleureux (sans en sous-estimer les bienfaits et la pertinence). En un sens, cet emprunt au modèle libéral vient renforcer leur conviction relative au projet providentialiste en éliminant une alternative possible. Dans l'optique des porteurs du projet providentialiste, le bénévolat joue tout au plus un rôle secondaire, marginal, qui vient atténuer ou corriger certaines rigidités des dispositifs associés aux nouveaux principes d'efficacité qu'on souhaite insuffler au système socio-sanitaire (restructuration par direction et programme, budget global, etc.). Succinctement, on pourrait définir de la manière suivante le partage des responsabilités envisagées à l'époque par les tenants du projet providentialiste entre les pratiques bénévoles et les pratiques professionnelles : la proximité, la réciprocité et la subjectivité pour les bénévoles ; le professionnalisme, l'efficacité et l'objectivité pour les professionnels.

Or, tout autre est le projet des groupes populaires qui vise à interpeller directement la capacité des personnes à s'organiser, à revendiquer et à mettre en place leurs propres outils d'intervention, rendant par le fait même caduques plusieurs mesures associées au providentialisme. En ce sens, par son ambition d'intervenir directement et efficacement sur les situations problématiques par l'utilisation de nouvelles méthodes d'intervention, l'action sociale des groupes populaires dépasse de loin le rôle que voudrait lui assigner en général la classe politique et administrative du MAS. Son action cherche à établir de nouvelles formes de coordination, associées à la réciprocité des échanges entre producteurs et consommateurs des services, à l'autonomie des pratiques et à l'enracinement des groupes, dans une perspective souvent radicale de changement social.

Par ailleurs, d'autres acteurs à l'intérieur du Ministère manifestaient une méfiance certaine envers les groupes populaires dont les demandes d'appui financier, si elles trouvaient satisfaction, ne pouvaient que grever les ressources allouées aux établissements publics. Outre les syndicats qui y voyaient une menace directe aux emplois de leurs membres ainsi qu'un accroc au statut de travailleur basé sur le principe de l'échange monétaire (CASF, 1978a, p. 18), certains professionnels voyaient d'un mauvais œil l'intrusion de ces nouveaux acteurs dans leur champ de compétence. En effet, il existait à l'époque une méfiance réciproque entre les professionnels et les bénévoles qui étaient perçus comme des « concurrents », mais aussi comme des « amateurs » par ces professionnels (Entrevue n° 14, p. 5). Cette méfiance avait pour source « l'idée que l'un et l'autre se font de la façon d'amorcer et de réaliser le changement

social» (CASF, 1978a, p. 18). Si les premiers se réfèrent davantage à des causes organisationnelles qui appellent des changements de structures au sein de la société, les seconds favorisent la participation la plus large possible des citoyens afin « d'inventer une nouvelle façon de vivre en société, de modifier les rapports entre les hommes » (CASF, 1978a, p. 18).

Mais nous aurions tort de considérer de manière trop monolithique la vision portée par la classe politique et l'acteur administratif à l'endroit des groupes populaires. Nous avons déjà eu l'occasion de rappeler les positions favorables exprimées par le CASF eu égard aux formes d'organisation et aux projets mis de l'avant par les groupes populaires. Ces positions vont gagner des adeptes au sein du Ministère, particulièrement dans la seconde moitié des années 1970. Certaines entrevues que nous avons réalisées tendent ainsi à montrer que des tensions existaient à l'intérieur du MAS sur le rôle que devraient assumer ces groupes dans l'organisation des services. Ces divergences de point de vue se prolongeaient au sein même du Programme de soutien aux organismes bénévoles. La conception traditionnelle du bénévolat, souvent portée par les premiers artisans du programme, va alors se heurter à la vision des jeunes fonctionnaires qui vont épouser plus rapidement la nouvelle philosophie animant les groupes qu'ils ont la mission de soutenir financièrement :

Ce qu'on oublie aussi, c'est qu'il y a une vision qui a fait que ce programme est passé d'organismes bénévoles à organismes communautaires et qui a fait que, de plus en plus, c'est devenu des services. L'esprit au début, c'était de dire qu'on ne s'occupe pas des services spécialisés, c'était vraiment axé sur le bénévolat pour des actions ponctuelles. [...] Je me rappelle des premiers professionnels qui étaient ici au service et qui étaient plus âgés que nous à l'époque. Eux, ils disaient que l'hébergement-dépannage, par exemple, ce n'est pas aux organismes communautaires à prendre ça. [...] Mais c'est venu un petit peu parce que le réseau public était débordé. [...] Eux autres [les plus anciens], ils avaient une réticence. Ils disaient que ça devait être le réseau public qui devait faire ça, qui devrait donner ces services-là. [...] [Mais] le réseau public n'arrivait pas à répondre à tous les besoins. [...] Je parlais tout à l'heure de la réforme Castonguay en disant qu'on pensait répondre à tous les besoins. On a déchanté ça n'a pas été long (Entrevue n° 14, p. 20).

C'est ainsi que le programme va évoluer dans son approche à l'égard des groupes et dans sa philosophie d'intervention, tout doucement d'abord, mais d'une manière plus affirmée à mesure qu'on s'approche des années 1980. Les années 1970 auront donc été des années de transformation qui auront permis de passer d'une vision d'un tiers secteur axé prioritairement sur le bénévolat et la charité à une autre s'appuyant cette fois sur un tiers secteur alimenté par l'initiative des communautés, la créativité des

groupes et l'autonomie de leurs pratiques. Ces nouvelles caractéristiques – qu'on peut associer aux principes de la critique artiste – vont permettre le passage vers la constitution d'un tiers secteur organisé autour d'une plus grande hybridation des ressources faisant appel à la réciprocité, mais aussi évidemment à la redistribution (et dans certains cas, au principe marchand par la vente de biens ou de services).

Ainsi, la vision promue par les groupes populaires de services ne pénètre pas l'ensemble de l'appareil gouvernemental avec la même intensité. Si certains acteurs comme le CASF font, à partir de 1976, la promotion d'un nouvel engagement bénévole plus centré sur l'action collective des groupes populaires et la participation citoyenne à la définition de leurs besoins (CASF, 1976), d'autres continuent d'entretenir une représentation plus traditionnelle des pratiques du don qui restent alors limitées par les principes de la charité et du bénévolat traditionnel (principe domestique). Différentes visions vont ainsi cohabiter pour un temps au sein même du Ministère par rapport aux organismes volontaires. Dans une période teintée par des pratiques providentialistes qui allaient rapidement montrer leur incapacité à répondre aux attentes – souvent démesurées il est vrai – qu'elles avaient suscité en termes de réponses aux besoins sociosanitaires des populations, il est remarquable de constater, dès le milieu des années 1970, la présence simultanée de trois visions différentes des pratiques associées au don : la vision libérale qui conçoit le développement de ces pratiques à travers les principes de bienfaisance, de charité et de philanthropie ; la vision providentialiste qui est en fait une vision hétéronome des groupes populaires puisqu'elle cherche à insérer au sein du secteur public les éléments qu'elle juge les plus intéressants de l'action sociale, tout en ne voyant pas très bien la nécessité de faire exister un troisième secteur ; et enfin l'émergence d'une vision qu'on pourrait qualifier de postprovidentialiste puisqu'elle fait des groupes populaires les fers de lance d'une nouvelle stratégie visant à répondre aux besoins manifestés par les personnes et les communautés en favorisant l'essor d'un tiers secteur construit autour des principes de la réciprocité, de la proximité et de l'innovation sociale.

### **3. LE MAS ET LES GROUPES BÉNÉVOLES ET POPULAIRES : VERS DE NOUVELLES FORMES DE COORDINATION (1976-1980)**

La nécessité pour le CASF de reprendre, dans son avis de 1978, un certain nombre de recommandations émises une première fois dans son avis de 1976 sur la question des organismes volontaires, tend à démontrer que

l'analyse développée dans son premier avis n'avait peut-être pas trouvé l'écho espéré auprès du Ministère dirigé à l'époque par le libéral Claude Forget. Deux ans plus tard, sollicité à nouveau sur la question des organismes volontaires par le nouveau ministre Lazure du Parti québécois, le CASF récidive cette fois avec un avis très critique sur l'organisation des services publics qui invite le nouveau gouvernement à appuyer le développement des groupes populaires et à miser davantage sur les organismes du tiers secteur dans les réponses apportées aux besoins sociosanitaires des populations (CASF, 1978a). Cette fois, l'appel sera entendu jusque dans les plus hautes sphères du Ministère, comme le démontrent les propos du nouveau sous-ministre Jean-Claude Deschênes (qui a succédé à ce poste à Jacques Brunet à partir de l'année 1977-1978) qui fait référence, dans une entrevue accordée en 1979, aux conclusions des travaux du CASF, tout en affirmant que le Ministère fait « de vives représentations en faveur des organismes bénévoles » (Pilon, 1979).

On trouve également dans le rapport annuel du MAS de 1979 des traces importantes de l'avis publié par le CASF en 1978 qui recommandait au Ministère de fournir aux organismes bénévoles les moyens de se donner « un certain encadrement » (MAS, 1979a, p. 45). On observe également une évolution concernant la désignation du programme qui devient le Programme de soutien aux organismes bénévoles plutôt que le Programme de soutien aux organismes volontaires, alors que l'utilisation de l'expression « organismes communautaires » tend à se généraliser (MAS, 1979a). Le MAS accorde également son appui cette année-là à de nouvelles ressources s'adressant aux femmes en difficulté, soit les centres de dépannage pour femmes. Le succès de ces expériences pilotes amène d'ailleurs le Ministère à mettre sur pied un comité d'étude pour examiner le problème (*ibid.*, p. 45). Comme nous pourrons le constater dans la section suivante, cette aide apportée aux femmes en difficulté sera le début d'un élargissement des clientèles visées par le programme de soutien aux organismes bénévoles.

Ainsi, l'élection du Parti québécois – et la nomination d'un nouveau ministre, Denis Lazure, et d'un nouveau sous-ministre, Jean-Claude Deschênes – semble avoir favorisé une nouvelle approche par rapport aux organismes volontaires. Mais cette évolution n'est pas exempte d'intérêts particuliers de la part du gouvernement et, surtout, on peut penser qu'elle s'insère dans une stratégie visant à mieux contrôler l'augmentation des dépenses publiques en matière de services sociaux et de santé. Le soutien du gouvernement aux groupes bénévoles reste en effet conditionnel au déploiement d'une pratique touchant les clientèles priorisées par le Ministère à l'époque, soit les personnes âgées et les personnes handicapées (MAS, 1977a, p. 57). La perspective de sous-traiter certains services aux

groupes bénévoles, notamment en matière d'aide à domicile – des services largement utilisés par les clientèles mentionnées précédemment –, peut expliquer ce nouvel intérêt pour les groupes bénévoles.

C'est donc en partie par l'entremise des services à domicile que va s'amorcer la reconnaissance de ces groupes. Tout en confirmant la responsabilité particulière des CLSC à l'égard de l'intégration et du développement des services à domicile, le nouveau ministre Lazure affirme en effet compter sur les ressources volontaires pour combler une partie de la demande de services d'aide à domicile (MAS, 1977a, p. 53). Cette stratégie va se confirmer l'année suivante par l'octroi de budgets spécifiques à «des organismes privés et communautaires<sup>3</sup>» afin qu'ils puissent assumer une part de responsabilités dans l'offre de ces services (MAS, 1978, p. 47). Cette orientation va trouver son aboutissement dans l'élaboration de la politique de services à domicile de 1979 (MAS, 1979b) qui accorde une place non négligeable à «l'action volontaire» dans le développement de l'aide à domicile et qui affirme la volonté gouvernementale de fournir «un effort financier important» pour ces organismes (*ibid.*, p. 17). On retiendra toutefois que dans l'esprit du ministre, les groupes dont il est question relèvent davantage du bénévolat traditionnel et de l'entraide (et donc du monde domestique) que d'une hybridation des ressources qui ferait appel également de manière plus ou moins importante à du personnel salarié.

De plus, le ministre Lazure entrevoit un nouveau rôle pour les bénévoles. Ces derniers pourraient l'assumer cette fois à l'intérieur même des établissements publics de façon à «modifier les tendances à la professionnalisation et à la technocratisation» (Pilon, 1978, p. 23), des effets pervers du providentialisme qui ont entraîné une certaine déshumanisation des services à son avis. Selon le ministre Lazure, les bénévoles ont le mérite d'apporter «une attitude nouvelle et souvent plus humaine, demeurant capables de gestes gratuits qu'on remarque plus rarement chez des salariés» (*ibid.*, p. 23). Ce faisant, il dresse ainsi le constat de la perte d'une dimension qualitative des services que n'a pu compenser le train de mesures mises en place depuis la réforme de 1971.

On assiste donc, à la fin des années 1970, à l'émergence d'une conjoncture où se profile l'expression d'intérêts suffisamment convergents pour qu'un nouveau compromis puisse se dessiner entre le Ministère et les groupes bénévoles dans lequel les besoins de reconnaissance financière et symbolique des groupes satisfont les nécessités gouvernementales de contrôle budgétaire et de mise en place de nouvelles formes d'assistance aux

---

3. Notons que c'est en 1978 qu'apparaît pour la première fois la désignation d'organisme communautaire dans les rapports annuels du Ministère.

personnes ayant des incapacités permanentes ou ponctuelles. Résultat : l'intérêt renouvelé pour les groupes bénévoles entraîne la constitution au cours de l'année 1977-1978 d'un comité permanent responsable d'analyser les demandes de subventions. D'une certaine manière, ce comité constitue l'amorce d'une nouvelle forme d'institutionnalisation des rapports entre l'État et les organismes dits volontaires (MAS, 1978, p. 49).

En fait, l'année 1977 marque les débuts du Programme de soutien aux organismes volontaires comme unité administrative distincte au sein des services communautaires de la direction générale des Programmes de services sociaux. Auparavant, le soutien accordé aux organismes volontaires se réalisait à travers la programmation plus générale de la direction des programmes spéciaux. Jusque-là, le MAS n'avait pas senti le besoin de définir une structure administrative distincte pour assumer cette responsabilité. À partir de l'année 1978-1979, le MAS intègre à son organigramme une nouvelle entité administrative responsable d'analyser les demandes de subvention provenant des organismes bénévoles. Cette entité administrative est intégrée à la direction des services communautaires qui comprend, outre le programme de soutien aux organismes bénévoles, les garderies et les programmes de CLSC (MAS, 1979a).

La place occupée par le programme de soutien aux organismes bénévoles dans l'ensemble des structures administratives du MAS démontre qu'il s'agit d'un sous-programme qui dispose d'un budget somme toute modeste par rapport aux autres composantes du système sociosanitaire (comme nous le verrons à la section suivante). Néanmoins, la mise sur pied de ce service met en lumière les transformations qui s'opèrent aux plans institutionnel et sociétal au cours des années 1970. D'une part, la prise de conscience graduelle des limites du providentialisme (centralisation excessive, augmentation des coûts de fonctionnement du système, déshumanisation des soins et des services) amènent certains acteurs politiques et administratifs à chercher des solutions de remplacement au processus d'étatisation qui a marqué l'ensemble des services sociosanitaires depuis la promulgation de la Loi de 1971. D'autre part, plusieurs acteurs issus du creuset des mouvements sociaux (groupes populaires de services, groupes de femmes, groupes de défense de droits, etc.) refusent d'être noyés dans la vague providentialiste qui déferle sur les institutions sociosanitaires avec la réforme Castonguay-Nepveu.

Ces groupes qui sont exclus ou qui refusent carrément d'adhérer au compromis providentialiste – ou encore qui entretiennent un rapport fragile avec ce compromis – parviennent tout de même à maintenir leurs activités, même si leur développement est parfois ralenti en raison de la monopolisation des ressources par le secteur public, notamment au cours de la première moitié des années 1970. Leur persévérance ainsi que

l'existence de conjonctures particulières parfois favorables au développement de certaines ressources (par exemple, les popotes roulantes dans les services à domicile) vont finalement permettre leur résurgence, à partir de la seconde moitié des années 1970, et une reconnaissance accrue de leur rôle dans la fourniture de certains services sociosanitaires aux côtés du secteur public.

Certes, si l'on considère le secteur public dans son ensemble, ce rôle reste encore minime, mal défini et surtout sujet aux débats dans un contexte où le souvenir encore récent des défaillances du tiers secteur « version libérale » – composé principalement d'agences et d'institutions à caractère religieux – alimente, dans certains milieux, la suspicion à l'égard des groupes populaires. Mais résolument engagés dans la voie d'une reconnaissance, ce tiers secteur renouvelé – tant dans sa composition que dans sa philosophie d'intervention – force d'une certaine manière l'acteur politique à prendre position relativement à son existence et à son développement. Le soutien financier modeste – mais graduel – que lui accordera le MAS au cours de la seconde moitié des années 1970 rend ainsi compte des transformations sociopolitiques qui accompagnent l'émergence de ce nouvel acteur dans le système sociosanitaire. Jetons maintenant un regard sur l'ampleur du financement octroyé par le MAS à ces organismes.

#### 4. L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT OCTROYÉ À PARTIR DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES VOLONTAIRES

Jusqu'en 1972, il n'est pas possible de distinguer les montants versés aux organismes volontaires dans le budget global du Ministère. Tout au plus retrouve-t-on dans le rapport annuel de 1972 une remarque précisant que le budget total de 1 589 412 800 \$ « comprend des subventions aux hôpitaux, agences sociales, foyers et organismes publics et privés » (MAS, 1972, p. 15). C'est uniquement à partir de l'année budgétaire 1972-1973 qu'il est possible de retracer, pour la première fois, les montants accordés aux organismes volontaires puisqu'ils sont inscrits sous une rubrique spécifique appelée « Soutien aux organismes volontaires » (MAS, 1973).

À partir de 1974-1975, le MAS distingue deux grandes catégories d'organismes auxquels il accorde son appui dans le cadre de son Programme de soutien aux organismes volontaires : les organismes de santé et les organismes sociaux. À cet égard, plus de 63% des sommes allouées (860 000 \$) en 1974-1975<sup>4</sup> vont à des organismes qui interviennent

---

4. C'est dans le rapport annuel du MAS de l'année financière 1974-1975 qu'on retrouve pour la première fois une liste des organismes financés par le Programme de soutien aux organismes volontaires.

auprès de personnes ayant des problèmes de santé physique ou mentale<sup>5</sup> (MAS, 1975a, p. 38), incluant le financement d'une demi-douzaine de congrès et de colloques d'organisations à vocation médicale ou thérapeutique (MAS, 1975a, p. 97). L'autre portion du budget (500 000 \$) est accordée à des organismes de services sociaux, les organismes œuvrant auprès des familles récoltant la plus grande part de ces sommes (par exemple, la Fédération du Québec pour la planification des naissances [76 000 \$], les Organismes familiaux associés du Québec [96 600 \$], la Fédération des Unions de famille [34 420 \$], etc.) (*ibid.*, p. 98). Cette portion des sommes versées aux organismes volontaires de santé ainsi qu'aux organismes volontaires de services sociaux va demeurer relativement la même au cours des années financières subséquentes (MAS, 1976; 1977a; 1978).

Par ailleurs, les services d'aide à domicile font l'objet d'une attention particulière du MAS puisque le PSOB soutient une dizaine de popotes roulantes qui se retrouvent inscrites sous une rubrique spécifique dans la liste des organismes subventionnés, aux côtés des organismes de santé et des organismes sociaux<sup>6</sup>. Ces popotes roulantes constituent à l'époque une forme de pratique relativement nouvelle que le MAS va fortement contribuer à généraliser puisque leur nombre va passer d'un peu plus d'une trentaine au milieu des années 1970 à 125 à la fin de la décennie (Pilon, 1980b, p. 28). Par contre, peu d'organismes populaires intervenant sur la base du syndicalisme de la consommation collective – c'est-à-dire des groupes qui tentent d'apporter des réponses novatrices à certains besoins sociosanitaires et qui intègrent à leur mission des objectifs de transformation sociale – sont inscrits sur les listes d'organismes subventionnés par le MAS de 1975 à 1978. Incidemment, ces groupes d'action sociale trouvent encore peu d'appui auprès du MAS à cette époque. Ils doivent alors se tourner vers le gouvernement fédéral pour trouver un soutien financier, notamment par l'entremise de certains programmes tels le Programme d'initiatives locales (PIL) ou le Programme perspectives Jeunesse.

Comme le démontre le tableau 2, le programme de soutien aux organismes bénévoles disposait en 1972-1973 de 1 160 000 \$ et touchait une trentaine d'organismes réunis au sein du même volet «Services à la

---

5. À titre d'exemple, mentionnons l'Association de paralysie cérébrale, l'Association canadienne-française des aveugles et l'Association canadienne des paraplégiques.

6. Le MAS semble toutefois les intégrer aux organismes sociaux dans sa répartition des budgets.



communauté». Cette désignation large englobe surtout des organismes intervenant auprès de personnes souffrant de maladie physique (personnes aveugles, personnes paraplégiques, enfants infirmes, etc.)<sup>7</sup> ou intervenant auprès des familles (MAS, 1975a, p. 97). En 1977-1978, on voit surgir une nouvelle catégorie d'organismes financés par le programme, soit les services aux femmes en difficulté qui s'adressent aux femmes requérant des services sociaux d'urgence. À certains égards, il s'agit là d'une des premières véritables empreintes laissées par les nouveaux mouvements sociaux dans le Programme de soutien aux organismes bénévoles.

**TABEAU 2**  
**Évolution du financement (en milliers de dollars) et du nombre**  
**d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes**  
**volontaires/bénévoles par secteur d'activité de 1972-1973 à 1979-1980**

Année	Organismes subventionnés							
	Services à la communauté		Services aux femmes en difficulté		Services à la jeunesse		Total	
	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget
1970-1971	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1971-1972	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1972-1973	n.d.	1 160,0	–	–	–	–	n.d.	1 160,0
1973-1974	31	1 185,0	–	–	–	–	31	1 185,0
1974-1975	48	1 360,0	–	–	–	–	48	1 360,0
1975-1976	57	1 490,2	–	–	–	–	57	1 490,2
1976-1977	55	1 490,2	–	–	–	–	55	1 490,2
1977-1978	49	1 449,8	1	100,0	–	–	50	1 549,8
1978-1979	52	1 796,8	2	250,0	–	–	54	2 046,8
1979-1980	55	4 071,5	11	645,0	7	246,2	73	4 962,8

Sources : MAS, 1973 ; statistiques du PSOC, 2003

7. Nous reprenons ici le libellé des catégories inscrites dans les rapports du MAS.

Considérés globalement, les budgets consacrés aux organismes bénévoles ont augmenté de 886 800 \$ de 1972 à 1979, soit une augmentation de 76% étalée sur une période de sept ans<sup>8</sup>. Le nombre d'organismes financés, quant à lui, a varié quelque peu au fil des années pour se fixer finalement à un peu plus d'une cinquantaine d'organismes à la fin de la même période. Il est à noter que le financement d'une nouvelle catégorie d'organismes, à partir de 1977-1978, celle des organismes intervenant auprès des femmes en difficulté, contribue à gonfler ce portrait. En effet, le tableau 2 montre que les deux ressources incluses dans cette nouvelle catégorie monopolisent à elles seules 12% du budget total du programme en 1978-1979. Mais ces deux nouvelles ressources ne sont pas les seules à recevoir un financement important du PSOB. Un examen de la liste des organismes subventionnés en 1978-1979 révèle des écarts importants dans les sommes attribuées par le programme aux différents organismes subventionnés qui peuvent varier de 2 000 \$ à 175 000 \$ selon la mission et l'historique des groupes (MAS, 1979a, p. 47-48).

Mais au total, dans le contexte de l'époque, marquée par une forte augmentation des budgets consacrés aux établissements publics, cette augmentation apparaît plutôt modeste, à l'image du rôle que le Ministère attribuait aux groupes populaires dans le système sociosanitaire. Certes, en termes relatifs, l'augmentation peut paraître impressionnante puisqu'elle s'élève, comme nous l'avons mentionné, à 76% entre 1972-1973 et 1978-1979. C'est donc dire que les budgets accordés au programme ont augmenté en moyenne de 9,9% par année au cours de cette période. Mais un coup d'œil au tableau 3 révèle que cette moyenne n'est pas vraiment représentative de la situation qui a affecté les budgets du PSOB au cours de la période. En fait, si la dernière année de cette période (1978-1979) laisse présager la nouvelle reconnaissance que vont acquérir ces organismes dans les années 1980, avec une augmentation de budget de plus de 32%, les années antérieures sont en dents de scie avec des augmentations variant de 0% (reconduction du budget de l'année précédente) à 14,1%.

---

8. Nous n'avons pas inclus dans nos calculs l'année 1979-1980, que nous avons plutôt intégrée à la période des années 1980 qui fait l'objet du chapitre suivant. Nous l'avons inscrite ici uniquement à titre indicatif afin de montrer que l'année 1980 constitue une année charnière qui clôt la première phase de développement du Programme de soutien aux organismes bénévoles.

**TABLEAU 3**  
**Montant (en milliers de dollars)**  
**et proportion du budget du ministère des Affaires sociales**  
**consacrés au Programme de soutien**  
**aux organismes volontaires/bénévoles de 1972-1973 à 1979-1980**

Année	Soutien aux organismes volontaires		Budget total du MAS		Pourcentage du soutien aux organismes volontaires par rapport au MAS
	Budget total (\$)	Augmentation annuelle (%)	Budget total (\$)	Augmentation annuelle (%)	
1970-1971	n.d.	–	1 395 740,7	–	n.d.
1971-1972	n.d.	–	1 589 412,8	13,8%	n.d.
1972-1973	1 160,0	–	1 759 069,4*	10,6%	0,07 %
1973-1974	1 185,0	2,1%	1 911 202,0	12,7%	0,06 %
1974-1975	1 360,0	14,8%	2 427 979,6	27,0%	0,06 %
1975-1976	1 490,2	9,5%	2 977 618,5	22,6%	0,05 %
1976-1977	1 490,2	0%	3 511 293,1	17,9%	0,04 %
1977-1978	1 549,8	3,9%	3 914 864,1	11,5%	0,04 %
1978-1979	2 046,8	32,1%	4 582 226,1	17,0%	0,04 %
1979-1980	4 962,8	142%	4 817 013,9	5,1%	0,10 %

\* Le total des sommes indiquées par le MAS pour chacun des secteurs ne correspond pas au budget global du MAS mentionné dans le rapport annuel 1972-1973 (1 695 036 900 \$). Après avoir fait une vérification des montants inscrits pour chaque secteur, nous avons choisi d'inscrire sur cette ligne le montant total des différents secteurs afin de respecter la cohérence des calculs faits à partir des données fournies par le MAS au cours des années 1972 à 1980.

Sources : MAS, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975a, 1976, 1977a, 1978, 1979a, 1980; statistiques du PSOC, 2003.

Hormis la dernière année prise en compte pour les fins d'analyse dans ce chapitre (1978-1979), les augmentations du PSOB ont toujours été largement inférieures aux augmentations budgétaires consenties globalement au MAS par les divers gouvernements qui se sont succédé à Québec. Au total, les budgets du MAS ont fait l'objet d'une augmentation de 170% au cours de la période 1972-1973 à 1978-1979, soit un taux d'accroissement moyen composé de 18,0%, ce qui est pratiquement le double de celui accordée au Programme de soutien aux organismes bénévoles au cours de la même période (9,9%). Qui plus est, les sommes

consenties au PSOB apparaissent tout à fait dérisoires en comparaison du budget total du MAS qui dépasse les 4,5 milliards de dollars en 1978-1979<sup>9</sup> (voir le tableau 3).

D'ailleurs, l'écart entre les augmentations consenties au PSOB et celles versées au budget global du MAS annuellement entraîne une diminution de la part du PSOB dans le budget total du Ministère au cours de la première moitié de la décennie. De 0,07% en 1972-1973, la proportion du PSOB diminue graduellement pour se stabiliser à 0,04% du budget total du MAS à partir de 1976-1977, et ce, jusqu'en 1978-1979. Encore une fois, l'année 1979-1980 se présente comme une année charnière qui marque une coupure dans le traitement accordé par le MAS à son Programme de soutien aux organismes bénévoles puisque cette année-là, le budget du PSOB représente 0,1% du budget global du MAS, en hausse de six centièmes par rapport aux années précédentes.

Pour une analyse plus fine de la proportion des budgets du MAS consacrée au PSOB, il faut tenir compte des nouvelles règles budgétaires instituées par le MAS en 1972-1973. Ces nouvelles pratiques budgétaires ventilaient le budget global du Ministère en cinq secteurs d'activité : régimes de compensation du revenu, prévention et amélioration, réadaptation sociale, recouvrement de la santé et administration et services. La création du PSOB a coïncidé avec la mise en place de ces nouvelles pratiques budgétaires au MAS. Le programme fut ainsi intégré dès le départ au secteur «prévention et amélioration» qui comportait trois volets : services communautaires, services en milieu scolaire et soutien aux organismes volontaires (MAS, 1973, 1974, 1975a, 1976, 1977a, 1978).

Or, le programme de soutien aux organismes bénévoles est intégré au secteur qui reçoit la plus faible part des ressources financières investies par le Ministère dans sa mission sociosanitaire. Ce sont les secteurs axés sur le curatif et le redressement des situations problématiques qui accaparent la plus grosse part du budget du MAS. Ce constat ne surprend guère dans le contexte du providentialisme et du nécessaire rattrapage à faire à l'époque concernant les conditions de vie des couches les plus défavorisées de la population.

Finalement, que doit-on retenir de tous ces chiffres? D'abord, il paraît évident qu'au cours de cette période, le soutien aux organismes bénévoles ne constitue pas une priorité budgétaire pour l'État québécois. Misant

---

9. Ainsi, il nous apparaît peu approprié de parler «d'État disciplinaire», comme l'ont fait certains (Levasseur, 1980), pour caractériser l'orientation et l'action de l'État québécois en matière budgétaire au cours des années 1970.

presque entièrement sur un système public pour répondre aux besoins sociosanitaires de la population, les gouvernements semblent avoir considéré ces organismes – du moins, dans un premier temps – comme des rejets de l'ancien régime libéral qui entraînaient des dépenses supplémentaires alors que la mise en place et le fonctionnement du réseau public drainaient des sommes toujours plus importantes. Ce n'est qu'à la fin de la période qu'on commence à entrevoir, dans certains domaines, notamment par l'entremise des services à domicile, les possibilités de partager certaines responsabilités avec des éléments du tiers secteur. De plus, si le besoin de mieux organiser le processus d'allocation des subventions allouées aux organismes bénévoles amène le gouvernement à créer une nouvelle unité administrative au sein du MAS en 1977, cette initiative va rester plutôt symbolique si l'on en juge par les sommes investies par le Ministère dans le nouveau programme.

## 5. LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT S'ADRESSANT AUX GROUPES POPULAIRES

Les sommes allouées aux organismes bénévoles par l'entremise du PSOB ne constituent pas la totalité des montants versés par le MAS aux organismes du tiers secteur. À titre d'exemple, mentionnons que des subventions de démarrage pouvant atteindre 8 000 \$ par installation ont été consenties aux garderies sans but lucratif à partir de 1974 (MAS, 1975a, p. 70). Par ailleurs, le MAS pouvait aussi accorder des subventions de dépannage à certains organismes qui en faisaient la demande par le biais de fonds spéciaux ou d'autres programmes. La Maison Saint-Jacques, par exemple, un organisme sans but lucratif bien connu dans le domaine de la santé mentale au Québec, a bénéficié de ce type de subvention au cours des années 1970 (Tremblay, 1995). La Clinique des citoyens de Saint-Jacques va aussi recevoir certaines sommes du MAS par l'entremise de subventions ponctuelles (Boivin, 1988, p. 177). Plusieurs autres groupes ont pu bénéficier, à un moment ou un autre, de ces subventions discrétionnaires ou *ad hoc*, accordées en dehors d'un cadre formel permettant la pérennisation de l'aide reçue. Mais ces rentrées d'argent, ciblées et délimitées dans le temps, même si elles ont permis à plusieurs groupes de maintenir leurs activités au cours de certaines périodes, ne pouvaient compenser pour le manque criant de ressources financières auquel étaient confrontées périodiquement plusieurs ressources du tiers secteur.

Comme l'a montré une enquête réalisée en 1974 par Godbout et Collin, le financement a revêtu dès le départ une importance capitale pour les groupes populaires. Or, le MAS constituait à cette époque un acteur marginal pour la plupart des groupes en demande de financement. C'est plutôt vers le gouvernement fédéral que se sont tournés plusieurs groupes pour

obtenir les ressources financières nécessaires à leur fonctionnement, notamment grâce au fameux Programme d'initiatives locales (PIL) institué en 1971 et auquel nous avons fait allusion à quelques reprises dans les sections précédentes. Ce programme, dont l'objectif était de fournir de l'emploi à des chômeurs et à des personnes bénéficiaires de la sécurité du revenu, a finalement soutenu de manière importante le développement de plusieurs groupes populaires de services sociaux dans les années 1970, incluant les garderies.

Les diverses fédérations d'œuvres de charité ont aussi joué un rôle important dans le financement des groupes populaires, même si les attentes énormes suscitées par le modèle providentialiste a entraîné, au cours de la première moitié des années 1970, un certain désengagement de la population à l'égard des collectes de fonds organisées par ces fédérations (Jolin, 1993). De fait, ces fédérations, qui se sont regroupées sous la bannière de Centraide<sup>10</sup> en 1974, vont connaître, à l'instar du Programme de soutien aux organismes bénévoles, «une période d'incertitude» durant la décennie 1970 résultant de la montée de l'État-providence (Centraide, 1984, p. 24).

En résumé, malgré la présence de nombreuses sources de financement, plusieurs groupes populaires des années 1970 vont faire face à une situation financière précaire puisqu'à quelques exceptions près, les montants versés par ces bailleurs de fonds vont rester peu élevés. Par contre, ce financement permet de mobiliser d'autres types de ressources, comme le bénévolat, qui constitue à cette époque l'un des principaux moyens permettant aux organisations de voir le jour et de se développer malgré les maigres montants qui leur sont alloués. La dynamique interne des organismes se caractérisent donc par la mise en tension d'une pluralité de principes d'action et d'échange qui les insèrent de manière non équivoque au sein d'une perspective d'économie plurielle.

---

10. La création de Centraide résulte de la fusion de cinq fédérations s'occupant de collectes de fonds. Il s'agit de la United Red Feather (1921), de la Federation of Catholic Community Services (1932), de la Fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises (1933), de la Combined Health Association (1962) et de la Fédération et du Conseil de Bien-être de la Rive-Sud (1965) (Jolin, 1993, p. 1).

## CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LES ANNÉES 1970

C'est donc au cours des années 1970 que sont mises en place les principales institutions qui vont structurer le système sociosanitaire québécois (syndicalisation, étatisation, création de nouveaux établissements, budget global, programme de soutien aux organismes bénévoles, etc.). Ces efforts de modernisation des services sociaux et de santé reposaient largement sur des dispositifs empruntés aux nouvelles formes de gestion et d'organisation du travail (monde industriel) qui étaient omniprésentes dans les modalités de la réforme Castonguay-Nepveu, et ce, même si au plan du discours, la participation citoyenne (le monde civique) devait à l'origine constituer un élément important des nouvelles pratiques instaurées par la Loi sur les services de santé et des services sociaux de 1971. Cela n'a toutefois pas empêché l'instauration d'un système public plus performant et surtout plus équitable pour l'ensemble de la population que celui existant au cours de la période précédente, dans le cadre d'un modèle de développement libéral qui comptait presque exclusivement sur des institutions privées et charitables pour assurer le bien-être des populations. Mais les premiers effets pervers du modèle providentialiste vont toutefois apparaître dès le milieu de cette décennie et vont demeurer à l'ordre du jour pour plusieurs années. Un observateur ne peut d'ailleurs qu'être frappé par la similitude des débats soulevés à l'époque par la transformation du système sociosanitaire (centralisation *versus* régionalisation, déshumanisation des soins, engorgement des urgences, place du tiers secteur dans le système socio-sanitaire, etc.) et les enjeux actuels dans le domaine de la santé et des services sociaux. C'est donc dire que les défaillances du système sociosanitaire sont plus structurelles que conjoncturelles, et que les solutions avancées au fil des ans pour les résoudre ne semblent pas avoir eu d'effets durables sur son fonctionnement. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans les chapitres suivants.

L'un des premiers revirements marquants du projet providentialiste aura sans doute été l'avènement d'un programme gouvernemental visant à soutenir financièrement les groupes populaires et bénévoles. D'une absence d'intérêt de la part de la classe politique et administrative, et d'un questionnement sur leur pertinence au début de la décennie, on transite graduellement vers une nouvelle reconnaissance à partir de 1976 qui va se traduire notamment par la création en 1977 d'une unité administrative distincte chargée d'évaluer les demandes de soutien des groupes au sein du Ministère, ainsi que par une augmentation, à la toute fin de la décennie, des ressources financières qui leur sont octroyées. Cette nouvelle orientation, par laquelle on tente d'établir de nouveaux arrangements et de nouveaux principes d'action permettant la survie et même le développement des groupes populaires, tranche avec les pratiques administratives et

comptables mises en œuvre dans plusieurs établissements publics afin de favoriser une utilisation optimale des ressources. Ce fut le cas, par exemple, des CLSC où les modes de coordination ont plutôt pris la forme d'un renforcement des dispositifs de contrôle centralisé au dépens notamment de la participation citoyenne.

Cette nouvelle orientation du MAS quant au rôle des groupes populaires résultait d'un constat d'incapacité du secteur public à assumer l'ensemble des services sociosanitaires (dimension quantitative de la production des services), mais surtout de son impuissance à aménager au plan institutionnel (participation démocratique) et organisationnel (relation de proximité avec les usagers) un espace qui permettrait aux pratiques réciproques de déployer leur spécificité et leur contribution au bien-être des populations (dimension qualitative des services), une fois reconnue, évidemment, la nécessité d'assurer leur pérennité à l'intérieur du système. Ce changement de cap dans la politique publique résultait également de l'action politique des groupes populaires et bénévoles qui ont su, malgré un contexte qui leur était défavorable, forcer la reconnaissance et le soutien de leurs pratiques.

Dès lors, une partie de l'action communautaire qu'on prétendait intégrer aux services publics était laissée en plan et exclue du nouveau compromis providentialiste. Après une période de flottement politique qui aura duré quelques années au début de la décennie 1970, le MAS prenait finalement la décision de mettre sur pied le Programme de soutien aux organismes bénévoles afin de soutenir l'action des groupes qui n'ont pas pu ou n'ont pas voulu adhérer au compromis providentialiste. Cette initiative constituait en quelque sorte l'ébauche d'une nouvelle forme d'institutionnalisation des groupes populaires en réponse à l'échec partiel de la transformation des cliniques communautaires en CLSC, un mode d'institutionnalisation qui avait été marqué par l'intégration pure et simple des pratiques des groupes populaires au secteur public. Déjà, au milieu des années 1970, plusieurs concluaient en effet à l'impossibilité de maintenir de manière déterminante au sein des CLSC la plupart des innovations sociales mises en œuvre dans les ressources du tiers secteur.

Il faut toutefois souligner que cette nouvelle approche du MAS envers les groupes populaires et bénévoles n'a pas été le résultat d'une politique délibérée et planifiée. Elle s'est plutôt élaborée graduellement au fil des années – on pourrait presque dire improvisée – en réponse aux demandes (toujours plus nombreuses) de financement des groupes et aux nécessités organisationnelles découlant de la demande de services. Les avis du CASF parus en 1976 – et surtout en 1978 – semblent à cet égard avoir eu une incidence décisive sur les politiques adoptées par le MAS à partir de la fin



de la décennie. Ainsi, les différents acteurs au sein de ce Ministère ne constituaient pas un bloc monolithique agissant toujours de manière cohérente en fonction d'une rationalité instrumentale qui leur serait consubstantielle. Au contraire, l'étude des rapports entre le tiers secteur et le MAS au cours des années 1970 a fait surgir des positions diverses, parfois même antagoniques, portées par certaines composantes de la classe politique et administrative concernant le rôle des groupes populaires et bénévoles au sein du système sociosanitaire.

De même, l'analyse des mouvements sociaux à partir des concepts de la critique sociale et de la critique artiste a permis non seulement de jeter un éclairage nouveau sur la ligne de partage des diverses tendances au sein de la mouvance progressiste au Québec, mais aussi de cibler le contenu politique, social et culturel des aspirations et des revendications des acteurs composant l'une et l'autre de ces critiques. Cet exercice a également permis de mieux cerner la complexité et la pluralité des points de vue qui cohabitaient et qui pouvaient même s'affronter au sein des diverses composantes du tiers secteur, un tiers secteur en pleine recomposition qui cherchait à se démarquer des formes institutionnelles et organisationnelles prises dans le cadre du modèle libéral. À ce titre, de l'émergence des comités de citoyens jusqu'aux organismes communautaires de services, on peut dire que plusieurs composantes du tiers secteur ont mené un combat acharné pour se dépouiller des habits caritatifs et charitables qu'elles avaient revêtus au cours de la période précédente marquée au sceau du libéralisme économique. Ces organisations se sont alors révélées porteuses de nouvelles revendications à caractère démocratique et autonomiste issues d'un compromis entre les principes de justice de la critique sociale et les principes d'innovation de la critique artiste. Notre analyse nous amène donc à conclure que la critique artiste fut instigatrice pour une bonne part des pratiques novatrices expérimentées dans les cliniques et les groupes populaires de services sociaux, alors que leur engagement au service des populations défavorisées découlait principalement des influences de la critique sociale.

Mais les ressources accordées par le MAS à ces organismes apparaissent bien minces en comparaison des efforts colossaux consentis pour mettre sur pied un secteur public ayant largement souffert de sous-développement durant la période duplessiste. D'une certaine manière, les initiatives gouvernementales en faveur du tiers secteur témoignaient davantage d'un effort d'adaptation aux premières défaillances du système providentialiste qu'à une réelle rupture avec ce modèle même si, à la fin de la décennie, certains commençaient déjà à percevoir les limites d'une réforme axée exclusivement sur l'organisation du système, sans remise en question du contenu même des pratiques. D'ailleurs, l'amorce de cette

réflexion, notamment à l'égard des groupes populaires et bénévoles, semble avoir été stimulée par le changement de gouvernement qui s'est opéré au milieu de la décennie; du moins coïncidait-elle avec la prise du pouvoir du PQ en 1976 ainsi qu'avec l'arrivée au MAS d'un nouveau ministre (Denis Lazure) et d'un nouveau sous-ministre (Claude Deschênes).

En dépit de ces acquis obtenus graduellement au cours de la seconde moitié des années 1970, les ressources consenties aux groupes communautaires par le MAS demeuraient bien insuffisantes pour assurer leur survie et leur développement, surtout pour les organisations issues des nouveaux mouvements sociaux qui trouvaient peu d'échos à leurs demandes auprès du MAS. À ce titre, il faut reconnaître le rôle central joué par le gouvernement fédéral dans le soutien financier des nouveaux organismes du tiers secteur – principalement à travers les Projets d'initiatives locales (PIL) et le programme Perspective Jeunesse. Certes, ces programmes relevaient davantage d'une politique keynésienne de support à l'emploi que d'une véritable politique de soutien et de développement à de nouvelles initiatives de la société civile. Néanmoins, sans l'intervention du fédéral, on peut penser que plusieurs de ces groupes n'auraient pu survivre au contexte providentialiste même si, comme nous l'avons vu précédemment, le don sous toutes ses formes (bénévolat, militantisme, don en espèces, etc.) a constitué un élément central de la dynamique et de la survie même de ces groupes au cours des années 1970.

En définitive, comme certains l'ont affirmé, la première moitié des années 1970 a constitué «des années de rêve» pour toute une génération de jeunes militants qui souhaitaient insuffler de nouvelles valeurs au fonctionnement de la société, en général, et du système sociosanitaire en particulier. Leur dynamisme et leur volonté de changement, alimenté par une critique plus ou moins radicale des institutions libérales, ont influencé de manière certaine la configuration des nouvelles institutions providentialistes en émergence après presque quarante ans de règne duplessiste. Mais ce rêve d'un État providentiel répondant à toutes les demandes sociales va en partie se briser au tournant des années 1980, mis à mal par le contexte économique et les rigidités institutionnelles qu'il a lui-même engendré. Face aux remises en question qu'impose la conjoncture de la fin des années 1970, certains acteurs (que nous avons associés à la critique sociale) vont poursuivre leur lutte en faveur de l'essor de l'État-providence afin de compléter une œuvre qu'ils considèrent inachevée; alors que d'autres (davantage influencés par la critique artiste) vont se tourner vers la mise en chantier de nouvelles pratiques au sein d'organisations relevant du tiers secteur.

Même là, l'analyse en profondeur de cette période révèle que les divisions internes, l'absence de stratégies communes des groupes populaires et surtout l'insuffisance de ressources financières ont constitué un frein

important au développement de ces organisations. Certes, l'émergence de nouvelles pratiques réciprocity a largement contribué à maintenir vivants le dynamisme et la créativité de ces organismes. Mais les organisations n'ayant pas réussi à obtenir l'appui d'autres sources de financement (qu'elles aient été d'origine marchande ou redistributive) se sont vite épuisées dans un militantisme et un bénévolat qui ne pouvaient compenser ce manque de ressources financières. À cet égard, les incertitudes manifestées par l'État québécois quant aux modes d'institutionnalisation des organismes du tiers secteur auront eu pour effet d'exacerber les fragilités et les insécurités liées au statut bien souvent expérimental de bon nombre de ces groupes.

Dès lors, les données recueillies montrent que, si l'on ne tarissait pas d'imagination et d'implication pour susciter des projets alternatifs – non seulement au modèle libéral mais également au projet providentialiste –, les ressources pour les concrétiser et assurer leur pérennité faisaient en général cruellement défaut. Le financement de ces groupes a donc constitué un enjeu majeur tout au long de la décennie. Une première moitié de décennie qu'on peut donc qualifier «de rêve» à certains égards puisqu'elle a permis l'essor d'une administration publique ne doutant pas de sa capacité à assumer la gestion presque totale de la question sociale. Mais une décennie qui s'achève néanmoins sur un constat de désillusions par rapport à ce projet fantasmagique et par une crise sans précédent du militantisme, qui n'est pas sans lien avec la pauvreté des moyens disponibles pour les réaliser.



DEUXIÈME PARTIE

---

UNE INSTITUTIONNALISATION  
FRAGMENTÉE  
DES ORGANISMES  
COMMUNAUTAIRES  
1980-1990



## CHAPITRE 5

# LA CRISE DES ANNÉES 1980 ET SES RÉPERCUSSIONS SUR LE SYSTÈME SOCIO SANITAIRE

Les années 1970 ont débuté dans un contexte socioéconomique et un climat politique où tous les espoirs étaient permis. Elles se sont achevées sur un constat, de plus en plus affirmé, de défaillances de certains programmes et pratiques hiérarchiques et centralisés issus du fordisme et du providentialisme et la recherche progressive de substituts à certaines pratiques et politiques sociales découlant de la réforme Castonguay-Nepveu. Plusieurs des processus dégénératifs affectant le système sociosanitaire amorcés au cours de la seconde moitié des années 1970 vont d'ailleurs connaître leur point culminant au début des années 1980. La grave récession de 1981-1982 constitue, de ce point de vue, le point de bascule à partir duquel plusieurs acteurs sociaux vont prendre la mesure des effets pervers du providentialisme (centralisation excessive, déshumanisation des services, rigidité des rapports de travail, etc.) et tenter, à des degrés variables, de réorienter leurs actions en fonction de nouveaux principes d'action visant à instaurer de nouvelles manières de faire et une nouvelle configuration des services sociosanitaires.

À l'instar de ce que nous avons fait pour le chapitre d'ouverture sur les années 1970 (chapitre 2), nous débuterons le chapitre 5 en faisant un portrait des mouvements sociaux et des acteurs sociaux qui évoluent dans le champ sociosanitaire québécois au cours des années 1980. Nous analyserons les principales répercussions de la crise du providentialisme afin de mieux comprendre leurs incidences sur l'évolution de l'aide apportée par le MAS-MSSS aux organismes communautaires. Nous poursuivrons également notre analyse des principales formes prises par la critique sociale et la critique artiste au cours de la même période. Mais auparavant, il nous faut préciser certains choix quant au découpage chronologique que nous avons opéré, afin de montrer leur correspondance avec des moments charnières de l'évolution des services sociosanitaires.

## 1. DE LAZURE À LAVOIE-ROUX

La période que nous amorçons avec cette deuxième partie du livre s'ouvre avec l'adoption de la politique de services à domicile du MAS en 1979, alors que ce ministère était dirigé par Denis Lazure. Ce point de départ n'est pas fortuit. Nous l'avons choisi parce qu'au-delà des ressources somme toute modestes qui seront effectivement consacrées aux services à domicile au cours des années 1980, elle s'avère la manifestation tangible d'un changement de perspective par rapport à certaines pratiques du providentialisme. Cette politique met en effet l'accent sur le développement des services de première ligne, alors que ce type de services avait été marginalisé au cours des années 1970, compte tenu de la forte propension du MAS à recourir à l'institutionnalisation des personnes comme mode prioritaire d'intervention. De plus, elle inscrit pour une première fois la contribution des organismes communautaires au sein d'une politique sociale gouvernementale. Il faut en outre considérer que l'année 1979-1980 coïncide avec le versement, par le PSOC, de sommes plus substantielles aux groupes communautaires. Bref, la décision d'amorcer la deuxième partie de cet ouvrage par l'analyse d'événements et de données tirés de l'année 1980 ne relève pas d'une simple commodité chronologique, elle se justifie par les phénomènes émergents qui marquent à cette étape la transformation de certains rapports sociaux dans le domaine sociosanitaire.

Cette argumentation est aussi valable pour la fin de la période étudiée. Ce chapitre se termine en effet avec la publication du texte d'*Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux et la présentation de son avant-projet de loi en 1989, c'est-à-dire tout juste avant la tenue de la commission parlementaire sur cet avant-projet de loi et l'adoption par la suite du chapitre 42 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 (la réforme Côté ou Loi 120). Nous avons choisi ce moment pour départager ce



chapitre du chapitre suivant parce que la réforme Côté – du nom du nouveau ministre qui succédera à Thérèse Lavoie-Roux à la barre du MSSS à la fin de 1989 – constitue un autre point tournant de l'évolution des rapports entre le tiers secteur et le gouvernement du Québec dans le domaine de la santé et des services sociaux.

La décennie 1980-1990 diffère en plusieurs points de celle des années 1970, notamment en raison de la crise sociale et économique qui sévit. Elle s'en distingue également par la complexité des rapports sociaux et des enjeux qui surgissent à la suite du constat de crise du providentialisme. Si la construction du projet providentialiste avait fait l'objet d'une relative unanimité auprès des mouvements sociaux et de leurs organisations au cours des années 1970 (suffisamment en tout cas pour faire l'objet d'un compromis), il en sera tout autrement au cours des années 1980. Avec l'éclatement du compromis forgé autour du développement de l'État-providence, divers acteurs, portés par des courants politiques et philosophiques différents, voire opposés, vont trouver un contexte favorable au déploiement de leur option politique sur la scène sociétale. Les enjeux qu'ils vont soulever sont alors d'une importance capitale puisqu'il s'agit, à partir des luttes qu'ils vont mener, d'établir les nouvelles formes institutionnelles et organisationnelles qui vont présider au développement social du Québec. Voyons maintenant dans quelle mesure ces divers acteurs ont su faire avancer leur projet politique et contribuer, selon le cas, au démantèlement, à la poursuite ou au renouvellement du projet providentialiste.

## 2. UN CONTEXTE GÉNÉRAL DE CRISE ÉCONOMIQUE ET DE CRISE BUDGÉTAIRE DE L'ÉTAT

La sévère récession de 1981-1982 éclate comme un coup de tonnerre après l'euphorie sociopolitique et économique qui avait marqué le Québec des années 1960 et 1970 et qui avait permis la constitution d'un État-providence façonné par le mouvement national et les acteurs de la critique sociale. Cette grave crise économique qui affecte l'ensemble des pays industrialisés va préparer le terrain à l'élection de gouvernements de tendance néolibérale dans plusieurs pays industrialisés, dont les plus illustres représentants seront Ronald Reagan aux États-Unis et Margaret Thatcher en Angleterre. Ces gouvernements vont fortement insister sur la nécessité de réduire la taille et le rôle de l'État afin de s'en remettre davantage aux forces du marché pour sortir du marasme économique. Cette crise de l'État-providence (Rosanvallon, 1981) va se caractériser notamment par une précarisation accrue de l'emploi, une financiarisation et une mondialisation de l'économie ainsi qu'un accroissement des déficits budgétaires des gouvernements nationaux (Fitoussi, 1999).

Au Canada, les déficits du gouvernement fédéral vont atteindre des sommets inégalés au début des années 1980 (Baillargeon et Caldwell, 1990). Pour tenter d'éliminer son déficit, le gouvernement fédéral va mettre en place une série de mesures dont la réduction de ses transferts financiers aux provinces. Ces mesures vont aussi affecter la situation budgétaire du Québec déjà fortement éprouvée par l'augmentation des dépenses sociales découlant de la crise (notamment une hausse marquée des prestataires de la sécurité du revenu). Ces coupures dans les transferts fédéraux aux provinces ne manqueront pas de se faire sentir dans le domaine de la santé et des services sociaux, même si leurs effets les plus significatifs surviendront au milieu des années 1990 (Vaillancourt et Thériault, 1997).

Quoi qu'il en soit, c'est sur fond de crise du providentialisme et des finances publiques que se dessine la trame des événements marquant l'évolution des services sociosanitaires au Québec au cours des années 1980. Après une période caractérisée par l'augmentation constante et substantielle des crédits gouvernementaux octroyés au réseau sociosanitaire (voir les tableaux 2 et 3 du chapitre précédent), on entre dans une ère de «décroissance» du système de santé et de services sociaux: «l'État généreux doit maintenant se faire économe, parcimonieux, discipliné, voire disciplinaire» titrait ainsi le rédacteur en chef de la revue *Carrefour des affaires sociales* en 1981 (Anctil, 1981, p. 17). Cette décroissance suscite des réflexions autour d'un certain nombre de questions de fond quant à l'avenir du réseau public de santé et de services sociaux, des discussions auxquelles le sous-ministre Deschênes avait déjà fait allusion à la fin des années 1970 et dont nous avons parlé dans la première partie du livre.

Cette fois-ci, par contre, l'heure est davantage aux initiatives concrètes. Celles-ci se traduisent par un effort de redressement de la situation financière du gouvernement québécois visant une réduction d'environ un milliard de la croissance des dépenses publiques (Pilon, 1981a, p. 10). Selon le nouveau ministre des Affaires sociales, Pierre-Marc Johnson, qui succède à Denis Lazure en 1981, cet exercice ne doit pas être réalisé en fonction de «strictes considérations comptables». Cette conjoncture difficile doit plutôt être «l'occasion de [se] livrer, comme société, à une autocritique du passé afin de chercher à baliser l'avenir» (Pilon, 1981a, p. 10). Cette autocritique doit conduire, selon lui, à réexaminer les modes d'intervention en vigueur jusque-là qui se sont caractérisés par l'imposition d'une «solution structurale aux problèmes de fond» (Pilon, 1981a, p. 10). Ce type de réponses apportées aux problèmes du système sociosanitaire a conduit, selon lui, à la création de nouvelles structures «excessivement normatives, [...] centralisées et encadrées par l'appareil technocratique» qui ont eu pour effet «de rendre les gens dépendants à l'égard de l'État» (Pilon, 1981a, p. 11).

Ces propos du ministre traduisent un changement de cap concernant la gouvernance et la gestion du réseau sociosanitaire. Outre la dénonciation en règle des effets pervers du providentialisme, le discours de Pierre-Marc Johnson révèle une évolution des perspectives gouvernementales par rapport à certains principes d'action peu valorisés au cours de la décennie précédente, une évolution qui, comme nous le verrons ultérieurement, va mettre en place progressivement des conditions favorables à une plus grande participation des organismes communautaires, ainsi qu'au parachèvement du réseau des CLSC après un moratoire qui aura duré quatre ans (MAS, 1982). Ces principes, dont les modalités restent encore à bien des égards floues et incertaines, renvoient pourtant à une vision et à des modes de coordination qui ne sont pas étrangers aux propositions soumises par les acteurs de la critique artiste (autonomie, décentralisation, aplanissement des hiérarchies, etc.).

Ces remises en question se font toutefois dans une conjoncture dans laquelle la forte pression des contraintes financières rendait suspecte, aux yeux de certains acteurs sociaux, notamment l'acteur syndical, l'adhésion du gouvernement du Parti québécois à de nouvelles formes de régulation des services sociosanitaires (des formes que nous pourrions qualifier de post-providentialistes à ce moment-ci). Les craintes manifestées par les syndicats du secteur public n'étaient certes pas dénuées de fondements, car au-delà de la configuration des politiques et des programmes sociaux mis en place par les gouvernements qui se sont succédé au Québec depuis le début des années 1960, c'est implicitement au cadre des relations de travail que le ministre Johnson faisait référence lorsqu'il critiquait certaines façons de faire mises en place au cours de cette période. Au dire du ministre, en effet, « il s'agit de revenir à la social-démocratie après s'être rendu compte, comme société, que nous avons plutôt emprunté la voie de la syndical-bureaucratie » (Pilon, 1981a, p. 11). Le ministre en tient pour preuve les conventions collectives de « plus de 300 pages » en vigueur dans le domaine de la santé et des services sociaux, leur complexité et la rigidité de la notion de postes dans les établissements (Pilon, 1981a, p. 11-15). Selon lui, dans le contexte des relations de travail qui existe au Québec au début des années 1980, le gouvernement fait face à « un syndicalisme nord-américain de revendication [...] et non pas à un syndicalisme de participation et de cogestion », ce qui nuit à l'innovation et au changement qui pourraient être apportés au système (Pilon, 1981a, p. 15).

Quant à la question du rapport de consommation, le ministre avoue que les plans de redressement budgétaire des établissements exigés par son gouvernement ne pourront donner leur pleine mesure que si les usagers « acceptent des changements importants dans [leurs] habitudes de consommation à l'égard du système » (Pilon, 1981a, p. 16). À ce titre, « les voies de l'avenir [...]

devront donc s'appeler prise en main et autonomie des personnes, diminution du degré de dépendance et valorisation de ce qui est autonomie» (Pilon, 1981a, p. 11). Mais comme le reconnaissait lui-même le ministre Johnson, un tel programme de transformation, à la fois des rapports de travail et des rapports de consommation, ne peut se réaliser qu'à long terme : «15 ans d'habitudes à répondre à des besoins en fonction de ressources toujours disponibles, tu ne changes pas ça sur un dix cents!» (Pilon, 1981a, p. 16).

### 3. LA CRISE DE L'ÉTAT-PROVIDENCE TELLE QU'ELLE A ÉTÉ VÉCUE DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

Les positions exprimées par le ministre Pierre-Marc Johnson sont intéressantes à plusieurs points de vue. D'abord, elles témoignent du constat fait par le MAS, au tout début des années 1980, de certaines dysfonctions du système providentialiste, dysfonctions exacerbées par le ralentissement de l'activité économique et par les ressources de plus en plus limitées dont dispose le gouvernement québécois pour s'acquitter de sa mission sociale. Sa perspective rend compte également d'une nouvelle approche et d'une recherche de nouveaux arrangements institutionnels afin de dépasser le providentialisme. Ses nouveaux arrangements devraient inclure un déplacement des ressources curatives vers les ressources préventives et donner un pouvoir accru aux citoyens en ce qui concerne l'orientation du système. Mais dans tous les cas, prévient le ministre, il ne faut pas compter sur l'ajout de ressources supplémentaires mais plutôt miser sur le transfert de ressources pour concrétiser ces nouvelles orientations, ainsi que pour satisfaire les nouveaux besoins (Pilon, 1981a, p. 11).

Son successeur au poste de ministre des Affaires sociales, Camille Laurin (mars 1984), tiendra le même langage et poursuivra le processus de compressions budgétaires entamé au début de la décennie (Laurin, 1984). Néanmoins, dès le milieu des années 1980, de nouveaux principes sont énoncés quant aux développements budgétaires du gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux, dont une partie devra désormais être orientée «vers les ressources légères et la promotion de l'entraide communautaire» (Laurin, 1984, p. 45). On veut en outre tenir compte davantage des particularités régionales dans l'attribution des budgets (Laurin, 1984, p. 44). Cette volonté d'apporter certaines transformations au système témoigne d'un malaise eu égard aux arrangements providentialistes et de l'émergence d'une nouvelle philosophie d'intervention en matière de services socio-sanitaires.

Incidentement, malgré les progrès accomplis au cours des trente glorieuses, des études ont démontré, au plan international, la persistance d'importants écarts de santé au sein des différentes couches

socioéconomiques des populations, et ce, même dans les pays industrialisés (Anctil, 1984). On prend conscience également que « si on a réussi à ajouter des années à la vie, on a moins bien réussi, par contre, à ajouter de la vie aux années », soulignant ainsi le défi de maintenir la qualité de vie des personnes vieillissantes aux prises avec des maladies dégénératives (Rochon, 1988, p. 459).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) réagit à cette problématique internationale en adoptant, en 1981, une nouvelle politique intitulée *Santé pour tous en l'an 2000*, qui réoriente les stratégies en fonction de facteurs de risque débordant largement les seules institutions sociosanitaires et qui inclut ce qu'on appelle désormais les « déterminants de la santé » : style de vie, environnement, soins primaires, etc. (OMS, 1985). Dès lors, on prend conscience des effets pervers sur l'intégration sociale et sur le maintien des personnes dans les milieux de vie naturels qu'a pu engendrer l'imposition d'un système centré sur la maladie. À cet égard, l'OMS parle de rééquilibrer les responsabilités entre l'État et la famille, afin de profiter des bienfaits liés au maintien des personnes dans leur communauté (Anctil, 1984). Cette dernière proposition n'est pas sans lien avec une certaine réhabilitation du don dans les pratiques sociosanitaires, pratiques que les systèmes providentialistes avaient tenté à divers degrés de faire disparaître, ou tout au moins de refouler à la marge des systèmes, tant elles étaient associées à des pratiques domestiques et passéistes liées aux modèles libéraux de développement<sup>1</sup>.

Au Québec, on suit la voie tracée au plan international par l'OMS en faisant sensiblement le même constat, à savoir la persistance d'inégalités en matière de santé et de bien-être, résultant en bonne partie des mauvaises conditions de vie des populations (Rochon, 1988, p. 81-87). Et le MAS, par l'entremise du Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF), fait lui-même écho aux politiques de l'OMS en publiant en 1984 un avis intitulé *Objectif: santé* dans lequel l'organisme conseil met de l'avant l'élargissement des concepts de santé et de prévention afin d'intervenir sur les dimensions sociales et environnementales de la santé (CASF, 1984).

Les propos exprimés par les ministres Johnson (1981-1984) et Laurin (1984) du Parti québécois, et plus tard par la ministre Lavoie-Roux du Parti libéral (1985-1989) concernant la nécessité d'implanter de nouvelles pratiques de gestion au sein du système sociosanitaire ne sont donc pas fortuits. Ils viennent s'appuyer sur une nouvelle vision de la santé qui tente

---

1. À cet égard, le lecteur peut revoir les quatre différents types de régimes d'État-providence tels qu'ils ont été définis dans le premier chapitre et qui insèrent chacun, d'une manière spécifique, le tiers secteur dans leur régime providentialiste.

d'apporter des solutions aux insuffisances des dispositifs institués par le providentialisme. Ces références témoignent de diverses influences et d'une transformation des perspectives institutionnelles quant aux principes d'action qui balisent le fonctionnement du réseau public. D'un compromis entre, d'une part, les principes de contrôle et d'efficacité associés à l'application du *scientific management* aux organisations bureaucratiques (monde industriel) et, d'autre part, les principes de la participation citoyenne (monde civique) au fonctionnement des établissements (surtout les CLSC), on passe graduellement, au cours des années 1980, à une nouvelle articulation des principes d'action au sein du système sociosanitaire qui s'appuie davantage sur des principes de fonctionnement en réseau (monde connexionniste), afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la production des services (principe d'efficacité du monde industriel). Cette évolution est le résultat, comme nous le disions un peu plus haut, de la progression des idées associées à la critique artiste qui valorise une certaine autonomie des individus (et des composantes administratives) au sein des organisations, ainsi qu'une plus grande liberté et une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources afin de dépasser les normes rigides et standardisées de la programmation de services des établissements sociosanitaires.

L'introduction de nouveaux principes d'action au sein du système sociosanitaire se présente ainsi comme une solution visant à contrer la persistance de privilèges bien ancrés (reconduction de budgets importants au secteur de la santé sur une base historique) ou de pratiques corporatistes favorisant les luttes de pouvoirs au sein du système (monde domestique). Car en dépit de la volonté incontestable des artisans de la réforme Castonguay-Nepveu de favoriser une plus grande participation citoyenne à la gestion des établissements – initiative qui devait corriger les distorsions et l'arbitraire induits par les pratiques du régime libéral qui prévalait au Québec avant les années 1960 –, force est de constater que les principes hiérarchiques occupent encore une place importante dans les formes de coordination du système plus de dix ans après l'application de la réforme Castonguay. Les dispositifs de participation citoyenne, mis en place lors de la réforme, se sont révélés incapables de contrer le poids des pratiques de gestion traditionnelles développées au sein du Ministère qui avait pour effet de favoriser ou de maintenir le pouvoir de certains groupes d'acteurs et d'établissements.

Certes, les acteurs sociaux ont changé et les membres des communautés religieuses ne jouent plus qu'un rôle marginal dans le système. Mais à leur façon, certains groupes de producteurs de services laïcs (professionnels, syndicats, etc.), en cherchant à protéger leurs modes de production, leurs acquis ou leurs intérêts particuliers, ont réinstitué formellement ou

informellement certaines pratiques dérivant des principes de ce que nous avons appelé le monde domestique. On songe évidemment ici aux médecins qui ont résisté aux nouvelles pratiques qu'on tentait d'introduire dans les CLSC, à certains groupes de travailleurs sociaux en CSS attachés à leur identité professionnelle qui ont eux aussi boudé les CLSC, à l'expérience décevante de participation des usagers qui se sont butés aux résistances des structures et des acteurs traditionnellement habitués d'y évoluer, etc. Mais il ne faudrait pas non plus oublier d'autres types de pratiques, tout aussi sclérosantes pour le système, qui ont persisté malgré l'adoption officielle d'une réforme axée sur une « approche globale » de la santé et du bien-être des populations. Qu'on pense notamment aux budgets des établissements toujours affectés selon des ententes historiques qui ne correspondaient plus nécessairement aux nouvelles réalités sociosanitaires des années 1980 ; ou encore à l'habitude prise par les regroupements d'établissements d'établir leurs priorités en fonction de leur vocation propre plutôt que sur la base d'un programme de services centrés sur l'utilisateur pouvant inclure plusieurs catégories d'établissements (par exemple, les services à domicile). Le rapport de la commission Rochon rendra d'ailleurs compte de cette situation dans certains de ses passages les plus mordants concernant les causes de rigidité du système :

Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus ; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes (Rochon, 1988, p. 407).

Les facteurs de rigidité du système ont leur origine en bonne partie dans certaines formes institutionnelles mises en place lors de l'adoption du chapitre 48 en 1971. Nous y avons abondamment fait allusion dans la première partie de ce livre lorsque nous avons abordé la question de l'épuisement du fordisme et du providentialisme, ainsi que dans le chapitre sur les années 1970 ; nous n'y reviendrons donc pas dans ce chapitre. Par contre, il importe d'analyser les éléments structurants qui ont favorisé ou qui ont freiné la transformation du système dans une période marquée à la fois par l'épuisement de certaines institutions, mais surtout par l'émergence de pratiques associées à de nouvelles formes institutionnelles (Bélanger *et al.*, 1987 ; Désy *et al.*, 1980). Pour ce faire, nous allons reprendre l'analyse des rapports sociaux là où nous l'avions laissée dans le chapitre précédent sur les années 1970, c'est-à-dire en reprenant le fil de l'évolution des positions sociopolitiques tenues par les acteurs sociaux associés à la critique sociale et à la critique artiste.

#### 4. LA CRITIQUE SOCIALE EN CRISE

La crise vécue par la critique du capitalisme au cours des années 1980 est en fait presque essentiellement une crise de la critique sociale telle qu'elle se présentait au cours des années 1960 et 1970. Dans un contexte de crise de l'État-providence, ce sont évidemment les groupes les plus attachés aux formes structurelles induites par le fordisme et le providentialisme qui ont été pris au dépourvu par les limites de ce modèle de développement, la transformation des enjeux et surtout les nouvelles propositions mises de l'avant par le patronat pour tenter de sortir de la crise, notamment celles touchant l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines et les nouveaux statuts d'emplois (Bélanger, Grant et Lévesque, 1994).

En outre, il faut replacer cet épisode de crise de la critique dans un contexte plus large de remise en question du structuro-marxisme au plan théorique<sup>2</sup> (Gauchet, 2003). Dans cette conjoncture, les groupes marxistes, notamment, ont littéralement imposé au début des années 1980 au Québec, victimes d'une désaffection de leurs militants et de leur incapacité à proposer des solutions qui s'inscriraient dans un cadre réformiste, une fois admise l'infaisabilité du projet révolutionnaire (UP, 1981 ; En Lutte, 1982a). Du reste, cette crise des groupes radicaux de gauche n'était pas non plus étrangère au type de militantisme pratiqué que nous avons analysé dans le chapitre précédent, et qui empruntait largement aux notions de sacrifice et d'autorité héritées de certaines pratiques militantes traditionnelles (monde domestique). Dans un essai publié au début des années 1980 sur l'évolution du groupe En Lutte, des observateurs relevaient que «l'esprit de service du peuple» qui animait ce groupe, avec toutes les luttes qu'il impliquait, entraînait des exigences pratiquement illimitées en termes de militantisme. Ce faisant, la participation à cette organisation politique (ainsi qu'aux autres organisations marxistes) se révélait de plus en plus porte-à-faux avec les valeurs portées par les nouveaux mouvements sociaux qui cherchaient une articulation plus harmonieuse des activités de la sphère publique avec celle de la sphère privée (principalement à travers le mouvement des femmes), et qui faisaient la promotion de principes tels que l'égalité des sexes, l'autonomie et le respect des particularismes tout en expérimentant, en dehors des contraintes d'une ligne de parti ou de dispositifs bureaucratiques, des modes d'intervention empruntés aux principes de la participation démocratique (monde civique), mais aussi au

---

2. Une remise en question que certains intellectuels, comme Marcel Gauchet, jugent d'ailleurs incomplète et qui alimenterait le marasme intellectuel dans lequel se trouve encore aujourd'hui la critique de gauche (Gauchet, 2003, p. 44-48).



renouvellement des échanges réciprocitaires (le don) et à l'avènement de nouveaux modes de vie (écologisme, par exemple). Leurs revendications débordaient donc largement les questions économiques pour englober certaines dimensions socioculturelles.

Dans ce contexte, le type de militantisme pratiqué par les groupes m.-l. devenait de plus en plus déphasé et détaché des nouveaux enjeux qui se profilaient au sein d'une société québécoise forte d'une nouvelle diversité et d'un pluralisme aux plans économique, social, politique et culturel. Voici ce qu'en disait en ex-militant m.-l. au début des années 1980 :

Ce genre de morale de l'abnégation et de la mortification [dans les groupes m.-l.] trouvait une terre d'accueil fort propice dans notre propre bagage judéo-chrétien dont l'impact sur la crise d'EN LUTTE! doit être pris en considération. [...] Marquée au coin du maoïsme et du catholicisme, cette morale reposait en filigrane sur un modèle de communiste et de prolétaire construit de toutes pièces. Il s'ensuivait toute une série de normes de comportement destinées à uniformiser les attitudes, les modes de vie, etc., comme si l'unité impliquait l'uniformisation (Robillard et Hubert, 1982, p. 374).

De manière plus précise, ces exigences impliquaient pour les militants «d'être dépourvu[s] de toutes une série de tares infamantes comme le libéralisme ou le subjectivisme et d'incarner aujourd'hui l'individu de demain». Ainsi, «il y [avait] belle lurette que la vie privée [était] politique à EN LUTTE!» (Robillard et Hubert, 1982, p. 374). Or, l'attachement des groupes marxistes aux principes hiérarchiques et centralisateurs ainsi que leur refus de reconnaître la pluralité des modes de vie étaient en pleine contradiction avec les nouvelles valeurs prônées par les nouveaux mouvements sociaux qui mettaient précisément de l'avant l'aplanissement des strates hiérarchiques et la multiplicité des expériences de vie. Ce surgissement de nouvelles valeurs (issues du monde de l'inspiration) était en outre porté à l'intérieur même des groupes marxistes par les femmes qui contestaient le cadre organisationnel et institutionnel rigide de ces groupes au sein desquels elles ne parvenaient que difficilement à se faire entendre (En Lutte, 1982b; UP, 1982; Piotte, 1987). Leurs revendications semblent ainsi avoir agi comme un véritable «détonateur» de la crise vécue par le courant m.-l. au début des années 1980 (Robillard et Hubert, 1982, p. 379).

En somme, la tradition hypercentralisatrice de ces organisations et le cadre normatif strict auquel s'astreignaient les militants des groupes radicaux de gauche semblent les avoir soustraits à la réalité des nouveaux mouvements sociaux dont les principes d'action s'inspiraient largement de la philosophie artiste. Dans ce contexte, l'action de certains groupes – principalement les femmes et les gaies – (En Lutte, 1982b et c) s'est

avérée une véritable force « centrifuge » au sein des organisations marxistes qui a fait éclater leur adhésion au projet révolutionnaire (Cyr, Lalande et Poulin, 1982, p. 279).

Mais surtout, cette crise de la critique sociale trouve ses fondements dans la transformation du contexte socioéconomique prévalant au début des années 1980. Plus qu'une simple récession économique, les bouleversements que connaissent les sociétés industrielles au tournant des années 1980 constituent une véritable crise structurelle du capitalisme. Cette crise contribue à défaire bien des idées reçues et laisse politiquement et idéologiquement orphelins plusieurs groupes et individus ayant tablé exclusivement sur la poursuite de la lutte des classes telle qu'elle a été construite à partir d'une lecture univoque des trente glorieuses et d'une interprétation orthodoxe des thèses marxistes (UP, 1981). Dès lors, plusieurs des théories explicatives du monde ne tiennent plus (remise en question du keynésianisme, découverte des exactions du stalinisme, rejet de la théorie des trois mondes, mise au jour des contradictions inhérentes à l'alliance entre ouvriers et membres de la petite bourgeoisie d'avant-garde, etc.), et rendent ainsi caduques les orientations et les actions choisies par les acteurs de la critique sociale pour intervenir dans le nouvel environnement en gestation (Robillard et Hubert, 1982, p. 372-379).

Et c'est sans compter le refus de plusieurs groupes marxistes de prendre en considération la question nationale québécoise ravalée au rang « [d']artifice diviseur et bourgeois » et de « contradiction secondaire » comparativement « aux vertus de la lutte des classes » (Cyr, Lalande et Poulin, 1982, p. 283). Prétextant la nécessité de maintenir « l'unité sacrée de la classe ouvrière canadienne » (Désy *et al.*, 1980, p. 104), ils n'ont eu de cesse de discréditer le projet souverainiste porté en priorité par le Parti québécois, considéré comme « un parti bourgeois » comme les autres (LCC, p. 22-24). Quant au mouvement socialiste québécois, s'il a cru pendant un temps profiter de la déroute des groupes marxistes-léninistes – notamment par l'entremise du courant « socialisme et indépendance », porteur d'une plate-forme de revendications alliant nationalisme politique et revendications sociales –, force est de constater, avec le recul, son incapacité à miser sur la déroute des m.-l. pour sortir lui-même de sa marginalisation politique, et ce, malgré les changements d'allégeance d'un certain nombre de militants marxistes au tournant des années 1980 (Ferland et Vaillancourt, 1981, p. 14-15).

S'en est donc suivie une période de désarroi pour toute une frange de la gauche associée à la critique sociale dans une conjoncture où « la défense des acquis du passé a remplacé l'offensive pour de nouveaux gains qui semblent hypothétiques » (Robillard et Hubert, 1982, p. 376).

Ce désarroi se manifeste également par un «repli défensif» de l'acteur syndical du secteur public, alarmé par la volonté gouvernementale de freiner la croissance de ses dépenses, notamment en santé et services sociaux. À cet égard, le gouvernement du Parti québécois ira jusqu'à imposer par décrets, en 1982, les conditions de travail des employés du secteur public et rendre exécutoires des coupures de salaires de l'ordre de 20 % pour certains syndiqués. Ébranlés par les nouveaux rapports de force qui se dessinent en contexte de crise budgétaire et d'éclatement du compromis providentialiste, plusieurs syndicats du domaine de la santé et des services sociaux vont alors miser, pour le reste de la décennie, sur une stratégie défensive visant la sécurité d'emploi et le maintien du pouvoir d'achat des travailleurs (Jetté, 1997 ; Jetté et Boucher, 1997 ; Boucher et Jetté, 1995).

Quant aux syndicats du secteur privé, ils vont, plus rapidement que leurs collègues du secteur public, compter sur de nouvelles stratégies de participation, entre autres de «concertation conflictuelle» pour tenter de rétablir un rapport de force avec les organisations patronales (Boucher, 1992, 1994). Dès le milieu des années 1980, la CSN réorientait certaines de ses stratégies afin de ne plus subir passivement mais de participer plus activement à la modernisation sociale des entreprises (Boucher, 1994). La FTQ, quant à elle, mettait sur pied le Fonds de solidarité des travailleurs afin d'intervenir directement sur les entreprises et la création d'emplois par le moyen d'outils financiers s'apparentant au capital de risque (Grant et Lebeau, 1994). Il faut dire que l'impact de la crise économique avait eu un effet plus direct sur les entreprises privées qui a forcé patrons et syndicats à trouver rapidement de nouveaux compromis pour assurer la survie des entreprises menacées par la nouvelle conjoncture socioéconomique. Les diverses composantes du mouvement syndical ont donc réagi de manière différenciée à la crise économique ainsi qu'à la crise de légitimité qu'elles devaient affronter au sein de leurs propres organisations.

En revanche, les organisations syndicales du secteur public, et plus particulièrement celles du domaine de la santé et des services sociaux, font partie des contingents du mouvement syndical qui ont plutôt misé sur la poursuite des stratégies qui leur avaient permis de faire des gains importants au cours des années 1970. Or, la conjoncture des années 1980 n'étant pas celle des années 1970, bien des choses avaient changé entre-temps au Québec. Outre le contexte de crise économique que nous évoquions précédemment, il faut souligner – à l'instar des auteurs du rapport de la commission Rochon – les transformations du marché du travail, l'émergence de nouvelles formes de pauvreté, les changements démographiques (baisse de natalité et vieillissement de la population), l'accroissement de l'immigration, l'éclatement des familles, la force du mouvement des femmes, l'émergence de nouvelles solidarités communautaires (en remplacement

des anciennes solidarités traditionnelles), la revitalisation du palier régional et l'avènement de nouvelles valeurs relatives à la santé et au bien-être (Rochon, 1988, p. 3-40).

Cette nouvelle donne explique en bonne partie que des stratégies syndicales, dérivées du syndicalisme de combat, ayant permis des gains intéressants à une certaine époque, n'aient pas donné les mêmes résultats dix ou vingt ans plus tard (Jetté, 1997). De plus, les syndicats et les organisations patronales du secteur public pouvaient toujours retarder la remise en question de leurs pratiques issues du fordisme et du providentialisme, l'État ayant le loisir de réagir à la crise par l'adoption d'une politique de déficits structureux afin d'amortir les coûts socioéconomiques découlant des dérèglements des institutions d'après-guerre<sup>3</sup>. Une telle stratégie était, évidemment, impensable pour les entreprises du secteur privé confrontées au spectre de la faillite et de la fermeture des entreprises. Bref, compte tenu des principes économiques différenciés et des contextes singuliers qui marquent l'évolution de chacun de ces secteurs, la nécessité de trouver des solutions à la crise s'est d'abord manifestée chez les éléments syndicaux de la critique sociale provenant du secteur privé. Ces solutions ont passé en bonne partie par une recherche (ou l'imposition) de compromis avec certains principes d'action associés à la critique artiste qui se sont souvent matérialisés dans une perspective de fonctionnement en réseau (polyvalence des tâches, flexibilité des emplois, innovation dans l'organisation du travail, etc.). Dans le secteur public, le déploiement des principes de la critique artiste allait prendre une tout autre voie.

## 5. L'ESSOR DE LA CRITIQUE ARTISTE

Comme nous l'avons décrit au chapitre précédent, malgré l'adoption d'une réforme du système de santé et de services sociaux (réforme Castonguay-Nepveu) satisfaisant prioritairement aux principes de la critique sociale (justice, égalité, accessibilité, etc.), les principes de la critique artiste font une percée dans le domaine sociosanitaire au cours de la seconde moitié des années 1970 par l'entremise notamment du mouvement contre-culturel, du mouvement des femmes et du mouvement des jeunes qui vont mettre sur pied des groupes de services qui se veulent une solution de remplacement

---

3. L'économiste Pierre Fortin soutient d'ailleurs que la tendance des premiers ministres Lévesque et Bourassa «à régler les conflits en achetant la paix sociale au prix fort [a eu] des conséquences désastreuses pour l'emploi au Québec» (Fortin, 2003, p. 45).

aux services institutionnels du réseau public<sup>4</sup>. Ces mouvements vont critiquer les formes structurelles associées au providentialisme et dénoncer les pratiques hétérodoxes qui en émanent, tout en valorisant l'autonomie ainsi que la capacité d'action des individus et des communautés sur leurs conditions de vie. Ils vont se substituer progressivement au mouvement syndical (et de manière générale aux acteurs traditionnels de la critique sociale) au cours des années 1980, en tant que principaux instigateurs de nouvelles pratiques sociales au sein de la société québécoise.

L'avènement de la critique artiste a donc constitué en quelque sorte l'une des principales dynamiques socioculturelles ayant contribué à l'émergence et au développement des organismes communautaires. Ainsi, dans les chapitres sur les années 1970, nous avons montré que le développement des organisations communautaires résultait de l'action d'individus et de groupes associés à la critique artiste qui ont su établir un compromis – certes fragile mais bien réel – avec les principes d'égalité et de justice sociale promus par les tenants de la critique sociale. Ce compromis original, puisant sa source dans les nouveaux mouvements sociaux, misait principalement sur un nouvel agencement entre les principes de la réciprocité, de la participation citoyenne et de l'autoprise en charge des communautés afin de proposer une alternative à la domination des principes d'efficacité instrumentale (monde industriel) régissant l'organisation du réseau public de santé et de services sociaux.

---

4. D'autres mouvements sociaux ont également contribué à modifier les pratiques sociosanitaires. Nous pensons notamment au mouvement environnemental (avec les approches dites écologiques ou holistiques), au mouvement de la normalisation ou de la valorisation des rôles sociaux en santé mentale et en déficience intellectuelle, ou au mouvement de vie autonome (MVA) ou Independent Living Movement. Ce dernier a joué un rôle crucial dans l'avènement de nouvelles pratiques d'insertion sociale pour les personnes ayant des incapacités physiques ou cognitives. Les caractéristiques de ce mouvement, né aux États-Unis au début des années 1970, laissent voir des emprunts évidents aux principes de la critique artiste : « une demande de respect des droits de la personne, un mouvement axé sur l'autogestion de l'organisation de l'aide, la démedicalisation et la prise en charge autonome des soins, la désinstitutionnalisation, le maintien dans le milieu naturel de vie, la normalisation et finalement une critique de tout le modèle professionnel de la réadaptation incluant une critique de la recherche sur le handicap » (Van Stokkom et Fougeyrollas, 1998, p. 27). Néanmoins, compte tenu des choix thématiques que nous avons retenus pour ce livre, qui imposait une limite quant aux divers domaines d'activité couverts, nous ne pouvons qu'évoquer superficiellement ici ces mouvements sociaux et leurs organisations, sans entrer dans une véritable analyse de leur contribution au secteur communautaire.

Comme nous pourrons le démontrer ultérieurement, le rôle des organismes communautaires – et conséquemment de la critique artiste – va continuer de s'accroître au cours des années 1980 dans le réseau sociosanitaire. D'une part, les mémoires déposés lors des travaux de la commission Rochon ainsi que la hausse des subsides versés aux organismes communautaires par le gouvernement québécois, par l'entremise du PSOC, constituent un signe évident de l'influence accrue de la critique artiste sur les acteurs sociaux chargés de trouver des solutions à la crise du système sociosanitaire. D'autre part, les processus de diversification, de consolidation (pour certains groupes du moins) et de regroupement qui affectent les organismes communautaires rendent compte du franchissement de nouvelles étapes dans l'institutionnalisation de nouveaux principes d'action au sein du réseau sociosanitaire.

Mais cette progression des principes de la critique artiste ne passe pas uniquement par l'essor des organismes communautaires. Elle va toucher l'ensemble du système sociosanitaire et influencer de manière importante les nouvelles orientations prises par le MSSS au cours des années 1980. À cet égard, les propos exprimés en 1988 par la ministre Thérèse Lavoie-Roux témoignent éloquemment du changement de cap en train de s'opérer par rapport aux orientations du système sociosanitaire :

L'adaptation sera d'ici l'an 2000 ce que l'accessibilité a été au long des années 1970. Le souci d'équité et de justice demeureront, mais le moteur de changement ne pourra plus être la revendication d'égalité et le modèle de « toujours plus ». Nous passons de l'égalité, une notion quantitative, au respect des différences, une notion qualitative. L'accessibilité universelle aux services de santé et aux services sociaux demeurera l'une des assises principales de notre système, mais les efforts devront tendre désormais davantage à permettre son adaptation constante (Lavoie-Roux, 1988, p. 300).

Adaptation, spécificité, souplesse : voilà quelques-uns des concepts devant désormais guider l'organisation des services. C'est ainsi, qu'outre sa contribution à l'essor d'un nouveau tiers secteur, l'influence de la critique artiste va prendre au moins deux autres formes au sein du système sociosanitaire au cours des années 1980. Pour saisir la première de ces influences, il faut au préalable revenir brièvement sur certains éléments de notre problématique et de notre cadre théorique. Ainsi, si l'influence de la critique artiste s'était d'abord fait sentir dans certaines sphères bien délimitées au cours des années 1970, notamment dans le domaine sociosanitaire mais aussi dans d'autres champs d'activité (expériences d'auto-gestion ou de cogestion d'entreprises ou nouveaux dispositifs de développement régional par exemple) – des manifestations souvent circonscrites autour d'expériences plus ou moins importantes à l'intérieur

de champs d'activité souvent délaissés par les pratiques sociales traditionnelles –, cette influence va largement dépasser le cadre expérimental et, à plus forte raison, celui de la santé et du bien-être au cours des années 1980. De fait, c'est l'ensemble des forces productives de la société qui vont être touchées, à des degrés divers, au Québec comme ailleurs, par les principes d'action qui sont associés à la critique artiste. Ce revirement de la critique sera crucial et marquera un tournant dans l'établissement de nouvelles institutions constitutives d'un « nouvel esprit du capitalisme » (Boltanski et Chiapello, 1999).

S'appuyant principalement sur la montée des principes managériaux s'inspirant de l'organisation en réseau (monde connexionniste), plusieurs des nouvelles pratiques qui s'inspirent des principes de la critique artiste ont pu voir le jour parce qu'elles présentaient le double avantage, pour les organisations patronales, de constituer une solution à la crise du fordisme et une réponse concrète (bien que partielle et partiale) aux revendications de certains acteurs sociaux mus par la philosophie de la critique artiste. Toutefois, les nouvelles formes managériales mises en place à partir des principes de la critique artiste – d'abord dans le secteur privé, puis dans le secteur public – se distinguaient des premières expérimentations sur un point fondamental : l'absence presque totale de recherche de compromis avec des dispositifs de participation collective (et donc une rupture de dialogue avec la critique sociale). C'est ainsi qu'on doit comprendre plusieurs des propositions soumises par le patronat au cours des années 1980 concernant les nouvelles formes d'organisation du travail, l'accroissement du travail occasionnel, du travail à temps partiel et de la sous-traitance ainsi que, de manière générale, l'essor des statuts d'emploi associés au travail atypique. Ces mesures ont eu pour effet de précariser le travail, surtout pour les employés généraux sans formation particulière et les classes de travailleurs non syndiqués. Néanmoins, ces nouvelles formules répondaient (du moins partiellement) aux revendications de certains travailleurs et professionnels souvent mieux qualifiés et aiguillés par leur désir d'autonomie et d'émancipation au travail.

Le domaine sociosanitaire québécois n'a pas échappé à cette vague de nouvelles pratiques managériales. Cercles de qualité, travail en équipe, qualité totale vont se succéder et être appliqués avec un succès et une intensité variables dans certains établissements pour tenter de juguler la crise du travail (CSN, 1993). Tout comme dans le secteur industriel, c'est à la partie patronale qu'on doit l'introduction de ces initiatives dans les milieux de travail de la santé et des services sociaux (CSN, 1991), alors que les gestionnaires publics n'ont fait qu'adapter à la marge des pratiques conçues par et pour le secteur privé. On tente également de donner un coup

de barre aux formes de gestion prévalant au sein des établissements afin de passer d'un mode autoritaire à une approche plus consensuelle où les directions sont incitées à se transformer en « motivateur » du personnel (Cantin, 1987).

Quant aux milieux syndicaux du secteur public œuvrant dans le domaine sociosanitaire, contrairement aux syndicats du secteur privé, ils vont majoritairement demeurer réfractaires aux nouvelles formes d'organisation du travail, n'y voyant qu'une manière de contourner les syndicats ou d'augmenter les cadences de travail sans compensation pour les travailleurs. À cet égard, les premières expériences de cercles de qualité ou de qualité totale semblent leur avoir donné raison, même si certaines de ces expériences vont graduellement évoluer vers des mécanismes de participation plus collectifs des travailleurs. En compensation, l'analyse des rapports de travail et le discours de certaines grandes organisations syndicales nationales, comme la Fédération des affaires sociales (FAS)<sup>5</sup>, étaient encore à l'époque fortement empreints des principes du « syndicalisme de combat », ce qui rendait problématique toute forme de concertation avec la partie patronale<sup>6</sup> (Jetté, 1997).

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir de cet épisode, c'est que les différences entre les pratiques dites progressistes et celles présentant davantage de contraintes pour les travailleurs deviennent de plus en plus floues et difficiles à cerner, compte tenu du contenu à la fois précarisant et autonomisant des nouvelles formes d'organisation du travail. Ce sera là d'ailleurs une des grandes forces des organisations patronales d'avoir su imposer à leur avantage plusieurs des principes de la critique artiste, alors que les forces syndicales ont mis du temps à s'adapter et à réagir par rapport à des revendications iconoclastes se traduisant par plus de flexibilité et d'autonomie au travail. On peut penser que ces initiatives ont nourri le désarroi politique de certains acteurs de la gauche plus habitués à la confrontation qu'à la participation ainsi qu'à la négociation de marges de manœuvre dans les processus de concertation avec le patronat, le défi étant désormais de faire reconnaître socialement la participation des travailleurs et de préserver les emplois dans un environnement devenu plus mouvant et instable.

---

5. Aujourd'hui devenue la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS).

6. Des recherches menées sur différents territoires ont toutefois démontré une ouverture plus grande des syndicats locaux à de nouvelles expériences au plan organisationnel, notamment dans les CLSC (Vaillancourt et Jetté, 1997).



Enfin, la critique artiste s'est déclinée selon une troisième variante au sein d'un nouveau compromis intégrant à la fois des pratiques de vente de services (monde marchand) et des pratiques d'autonomisation des individus quant à la prise en charge de leur bien-être (monde inspiré). C'est à travers la popularité croissante des médecines douces ou alternatives<sup>7</sup> (Larouche, 1985) que s'est fait sentir cette fois-ci l'ascendant de la critique artiste sur le système sociosanitaire québécois. Le phénomène résulte d'une nouvelle approche de la santé et du bien-être qui tient compte de facteurs non seulement biologiques, mais aussi psychologiques, environnementaux, voire mystiques ou ésotériques (Lepage, 1990). D'un point de vue strictement organisationnel, il s'agit là d'une poussée de privatisation réalisée par l'entremise de petits producteurs de services œuvrant sur une base individuelle qui cherchent à faire reconnaître la pertinence de leurs pratiques dites holistiques en se démarquant des pratiques plus traditionnelles jugées inaptes à apporter des solutions durables à certaines pathologies ou à répondre aux besoins nouveaux des populations. Sage-femme, acupuncteur, ostéopathe, chiropraticien, massothérapeute et psychothérapeute en tout genre vont ainsi trouver, dans le contexte de remise en question de la médecine industrielle, le désir d'affirmation et d'individualité et l'engouement pour la croissance personnelle, une conjoncture favorable au développement de leur discipline respective<sup>8</sup>. Compte tenu des coûts associés à ces pratiques, et leur relative marginalité par rapport aux canaux officiels des services sociosanitaires (Guérin, 1987b), ce mouvement va surtout toucher les classes les plus aisées ainsi que les franges les plus éduquées de la société québécoise.

En outre, l'avènement des médecines douces sera encadré par très peu de règles institutionnelles, sinon celles imposées par certaines corporations professionnelles, qui vont tout faire pour les maintenir dans la marginalité (sinon dans la clandestinité) compte tenu de leur faible compatibilité avec le socle positiviste de plusieurs disciplines professionnelles en santé et services sociaux. Cette relative résistance des professions traditionnelles à reconnaître ces nouvelles pratiques n'empêchera toutefois pas certains praticiens œuvrant dans les établissements publics, notamment en CLSC,

7. Un article publié en 1985 dans la revue *Santé et société* n'hésite pas à qualifier Montréal de véritable « petite Californie » où pullulent les gens en croissance personnelle (Bellehumeur, 1985, p. 30-31).

8. Il ne faut pas oublier que c'est aussi l'époque où Marilyn Ferguson publie *Les enfants du Verseau* (1981), un livre culte du début des années 1980 qui fait l'apologie d'un « nouveau paradigme » axé sur de nouvelles valeurs empreintes d'autonomie, de réflexivité personnelle et de spiritualité et qui s'appuie sur un nouveau rapport à la science ainsi que sur une nouvelle manière pour les individus de vivre ensemble. Un chapitre entier de ce livre porte d'ailleurs sur la santé et les meilleures façons de se « guérir par soi-même » en mettant à profit les médecines alternatives (Ferguson, 1981, p. 176-206).

de se familiariser et même de pratiquer certaines des disciplines les plus populaires issues des médecines douces (par exemple, l'acupuncture) (Beaulieu, 1985; Gourde, 1990). Cela témoigne encore une fois de l'influence de la critique artiste sur l'ensemble des pratiques sociosanitaires.

## 6. LA PRIVATISATION : UNE SOLUTION À LA CRISE ?

Privatisation ou étatisation, médecine alternative ou médecine traditionnelle, activités bénévoles ou interventions professionnelles : diverses propositions sont soumises aux débats au cours des années 1980 afin d'apporter des solutions à la crise du système qui dépasse largement, rappelons-le, le cas du Québec et englobe l'ensemble des pays industrialisés. Comme nous venons de le voir, plusieurs de ces propositions émanent, en partie ou en totalité, de l'influence de la critique artiste. Parmi tous ces débats, celui sur la privatisation fut sans doute le plus intense compte tenu des transformations qu'il mettait en jeu. Or, la critique artiste était loin d'être étrangère à ces débats puisque certains principes qu'elle mettait de l'avant, telle la liberté de choix ou l'émancipation des individus, présentaient des aspects attrayants pour les adeptes d'un retour à certaines formes de libéralisme et de libre concurrence au sein des marchés (le néolibéralisme). La question épineuse de la privatisation va donc constituer l'une des dynamiques centrales de transformation des systèmes sociosanitaires dans plusieurs pays au cours des années 1980, y compris au Québec, même si, dans ce dernier cas, elle prendra une forme moins radicale que dans certains pays anglo-saxons.

Si la volonté de mieux contrôler la croissance des coûts du système sociosanitaire se manifeste dès le début des années 1980, avec l'arrivée au MAS de Pierre-Marc Johnson (Lazure, 2002; Bégin, Labelle et Bouchard, 1987), les véritables débats sur la privatisation des services s'amorcent avec l'arrivée au pouvoir des libéraux en décembre 1985, et la nomination d'une nouvelle ministre des Affaires sociales, Thérèse Lavoie-Roux. À ce moment-là, les libéraux jonglent avec l'idée de confier un rôle accru au secteur privé dans le système de santé et de services sociaux. Cette perspective allait dans le sens d'un projet plus général de remise en question de la stratégie interventionniste adoptée par les différents gouvernements québécois depuis les années 1960, stratégie visant à rattraper le retard du Québec francophone en matière de développement socioéconomique. Pour tenter de remodeler le type d'intervention pratiquée par l'État québécois, les libéraux ont mis sur pied trois groupes de travail : un premier sur la déréglementation, un deuxième sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales et un troisième sur la privatisation des sociétés d'État qui ont chacun remis un rapport au printemps 1986 (Corriveau et Scowen, 1986; Gobeil, 1986; Fortier, 1986). Ces trois comités avaient en commun d'être constitués

presque exclusivement de membres de la communauté des affaires et d'ultralibéraux. Aucune surprise donc à ce que ces comités aient affiché un net penchant pour le déploiement accru des principes du monde marchand au sein du modèle québécois de développement, l'État représentant dans l'optique de ces comités un obstacle à l'application des règles du libre marché (Bourque, 2000).

Incidentement, même si l'objet de ces comités d'étude semble davantage avoir été la politique industrielle que la politique sociale, il n'en demeure pas moins que la vision d'ensemble qui se dégage de ces comités ne pouvait qu'influencer l'orientation des débats qui avaient lieu au même moment dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ne fallait-il pas, en effet, remettre également en question ce modèle interventionniste dans le domaine du développement social? La question apparaissait d'autant plus pertinente que le père de la réforme Castonguay-Nepveu, Claude Castonguay, était désormais président du groupe La Laurentienne, une corporation privée d'assurances, et qu'il avait lui-même été désigné par le gouvernement Bourassa, avec trois autres dirigeants de grandes entreprises, pour faire partie d'un groupe de travail chargé d'étudier la question de la privatisation des sociétés d'État (Fortier, 1986).

Mais la question de la privatisation des services sociaux et de santé a davantage été abordée par le groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, dirigé par Paul Gobeil, dont les conclusions sont fortement teintées par les principes du monde marchand. (Gobeil, 1986). Ce comité proposait au gouvernement Libéral d'abolir toute une série d'organismes conseils rattachés à différents ministères, dont le Conseil des affaires sociales et le Comité de la santé mentale du Québec, tous deux liés au MSSS (Gobeil, 1986, p. 13). Tenant compte des verrous installés par la Loi canadienne sur la santé de 1984, qui lie le versement fédéral des paiements de transferts aux provinces au respect de certains principes en matière de services socio-sanitaires (notamment la gratuité de ces services), le rapport Gobeil propose, non pas d'imposer des frais aux usagers lors de leur visite chez le médecin – des mesures évoquées dans le rapport mais allant à l'encontre de cette loi – mais plutôt d'ajouter la valeur des soins reçus par les usagers au cours d'une année au calcul de leur revenu imposable jusqu'à un maximum de 2 000 \$ par année. Cette mesure serait complétée par une baisse générale des impôts sur le revenu des particuliers, afin de ne pas augmenter le fardeau fiscal de l'ensemble des contribuables (un credo cher aux néolibéraux).

En d'autres termes, on souhaite faire payer davantage les gros consommateurs de services à partir d'une approche économique classique qui repose sur une logique abstraite du marché des services de santé où tous sont égaux

devant la maladie. Or, à l'évidence, de telles mesures conduisent à taxer les personnes les plus vulnérables (personnes âgées et personnes à faibles revenus) puisque ce sont elles qui présentent les profils sociosanitaires les plus à risque et qui sont, de fait, les plus gros utilisateurs de services.

Parmi les autres recommandations du Comité, soulignons la privatisation de certains hôpitaux, l'abolition des CRSSS, la décentralisation complète de la gestion des établissements (y compris des conventions collectives), la sous-traitance de certains services et la création de nouveaux centres médicaux à l'image des Health Maintenance Organizations américains (sur lesquels nous reviendrons un peu plus loin) (Gobeil, 1986, p. 33-34).

Quant aux services sociaux, les membres du comité y ont vu une situation moins problématique que dans le secteur de la santé. La présence significative du secteur privé y est d'ailleurs saluée comme un élément positif à maintenir dans le développement futur du réseau (à l'époque, sur un total de 260 centres d'accueil ou de soins de longue durée, 60 avaient un statut privé). Les CLSC, par contre, se retrouvent dans la mire du comité qui recommande de réduire la programmation de services des CLSC en milieu urbain afin d'éviter la répétition des services, notamment avec ceux offerts dans les cliniques médicales privées, et d'en transférer la responsabilité aux municipalités. Enfin, le Comité émet deux recommandations que n'auraient certes pas reniées – du moins dans leur principe – certains mouvements sociaux (ce qui ne présume pas, toutefois, d'un accord sur les modalités de leur application) : d'une part, le développement des services de maintien à domicile « afin d'offrir une alternative à l'hébergement » et, d'autre part, la conception, par l'entremise de la SHQ, « d'un nouveau type de maisons d'hébergement pour les personnes âgées dont l'autonomie est réduite » mais qui ne nécessitent pas une institutionnalisation au sein d'un établissement tel un centre d'accueil ou un centre de soins de longue durée (Gobeil, 1986, p. 34).

Mais si l'avenir des politiques industrielles semblait pour un temps dépendre des conclusions des rapports des Sages, les nouvelles orientations des politiques sociales, quant à elles – du moins celles régissant le domaine sociosanitaire – étaient aussi en attente des recommandations de la commission Rochon, une importante commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux dirigée par Jean Rochon<sup>9</sup>.

Nommé président de cette commission en juin 1985 par le Parti québécois, soit quelques mois à peine avant les élections de l'automne 1985 qui ont permis au Parti libéral de prendre le pouvoir, Jean Rochon sera

---

9. Au moment de sa nomination à la présidence de la commission, Jean Rochon cumulait les titres d'avocat, de médecin spécialisé en santé communautaire et de doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec (MAS, 1985b, p. 46).

confirmé dans ses fonctions par le nouveau gouvernement. Contrairement aux responsables des trois comités d'étude sur le rôle de l'État (Corriveau et Scowen, 1986; Gobeil, 1986; Fortier, 1986), le président de la commission Rochon n'avait pas de parti pris pour la privatisation. Interrogé à ce sujet en décembre 1986, il reconnaît toutefois que les expériences de privatisation menées ailleurs dans le monde pourraient faire l'objet d'une attention de la part de sa commission, au même titre que d'autres modèles de production de soins, mais qu'il faudra, dans tous les cas, tenir compte du fait «[qu']un modèle n'est jamais entièrement transférable [et que] la privatisation n'a pas du tout le même sens selon qu'on l'applique au système américain et au système québécois. À la limite, il s'agit presque de deux mots» (Anctil, 1986, p. 3). Quant aux lourdeurs imputées au secteur public, que certains détracteurs du providentialisme dénoncent avec véhémence au profit d'un secteur privé réputé souple et flexible, Jean Rochon croit que «ce n'est pas le fait qu'un système soit étatisé qui le rend non malléable, moins souple. C'est son ampleur». Dans le même sens, «ce n'est pas non plus seulement le fait qu'on brise les conditions du marché libre qui occasionne la lourdeur, même si c'est aussi cela» (Anctil, 1986, p. 3).

D'entrée de jeu, le président de la commission chargé d'examiner en profondeur le fonctionnement du système socio-sanitaire québécois semble donc faire preuve d'une ouverture plus grande que les membres du comité des Sages quant au recours à une pluralité des principes d'action pour réformer les institutions du réseau socio-sanitaire. Néanmoins, la question de la privatisation n'est pas totalement évacuée des débats publics qui ont cours concernant les nouvelles orientations à donner au système. Sondage d'opinion sur la perspective de privatisation des soins de santé (Contandriopoulos et Tessier, 1985), comparaison du système québécois avec les expériences de privatisation en Ontario (Anctil, 1987a; Lavoie-Roux, 1986) et surtout débats autour de la pertinence d'implanter le concept de HMO (Health Maintenance Organization) au Québec par l'entremise des organisations de soins intégrés de santé (OSIS)<sup>10</sup> (Brunelle, 1987; Ouellet et Brunelle, 1988; Brunelle, Ouellet et Montreuil, 1988) sont quelques exemples de l'intérêt porté dans certains milieux, y compris au MSSS, à la contribution éventuelle du secteur privé.

---

10. Au Québec, ce concept d'OSIS, emprunté aux HMO américains, semble avoir «séduit» la ministre et certains sous-ministres (Lamarche, 1989). Ce projet faisait même partie des propositions soumises aux débats par Thérèse Lavoie-Roux dans son document d'*Orientations* (1989). L'une des principales caractéristiques de ce projet était d'introduire une notion de concurrence entre les établissements afin de diminuer les coûts liés à la production des services. Ce projet sera toutefois abandonné en cours de route compte tenu des critiques dont il faisait l'objet et des résistances qu'il suscitait au sein même du réseau.

Finalement, en grande partie pour les mêmes raisons qu'évoquent Gilles L. Bourque dans son livre sur les politiques industrielles québécoises au cours des années 1980 (Bourque, 2000), le projet marchand a connu un succès limité au Québec dans le domaine sociosanitaire compte tenu de l'enracinement des dispositifs institutionnels de l'ancien modèle, de la force des mouvements sociaux et de la crainte de conflits sociaux de la part du gouvernement. Mais d'autres facteurs propres au domaine sociosanitaire expliquent aussi ce recul du projet marchand. D'une part, la sensibilité de l'opinion publique concernant la privatisation est beaucoup plus grande lorsqu'il s'agit de services de santé et de bien-être que de politique industrielle. Même si certains sondages pouvaient laisser entendre que la population était disposée à accepter une part plus élevée de financement privé dans le système, il faut bien voir que cette opinion était sujette à caution. En effet, en règle générale, on s'entend pour faire payer les riches à condition d'être exclu du groupe. Or, les politiques du ticket orienteur ou autres, qu'on songeait à implanter à l'époque (Cauchon, 1990b), ne pouvaient avoir vraiment d'incidences sur la consommation de services ou sur les finances publiques que si elles touchaient une large tranche de la population, incluant les classes moyennes. On peut donc penser que l'application de telles politiques se serait rapidement heurtée à la vindicte de l'opinion publique ainsi qu'aux résistances des défenseurs de l'accès universel aux services.

D'autre part, la Loi canadienne sur la santé de 1984 constituait un obstacle de taille à l'instauration de toute forme de paiement direct pour l'obtention des services de santé. Par les conditions restrictives qu'elle imposait aux gouvernements provinciaux sur l'octroi des sommes découlant des programmes à frais partagés, cette loi décourageait virtuellement les législatures provinciales d'instaurer de nouveaux dispositifs à caractère marchand, les éventuels gains financiers obtenus par l'entremise de ces dispositifs étant annulés par les pénalités que ne manquerait pas d'imposer à ces provinces le fédéral par la diminution de ses paiements de transferts.

Le mouvement de privatisation n'a donc pas connu l'ampleur que les partisans du néolibéralisme auraient souhaitée, ni celle que lui auraient prêtée certains défenseurs du providentialisme. Il faut toutefois noter que certains domaines de services, tels que les services à domicile (Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003), l'hébergement des personnes âgées (Charpentier, 2002) et les services auxiliaires dans les hôpitaux (Vaillancourt *et al.*, 1993 ; Vaillancourt et Jetté, 1997), ont tout de même fait l'objet d'une poussée de privatisation dans la seconde moitié des années 1980. Néanmoins, la grande majorité des établissements et des services sociosanitaires n'ont pas été soumis à un processus radical de privatisation.

Ce qui n'exclut pas que des tendances de fond provenant du secteur privé se soient manifestées au sein de la gestion du réseau public dans les années 1980, principalement dans les établissements hospitaliers devenus de véritables «entreprise[s] moderne[s] du troisième type» (Anctil, 1987b, p. 2), selon l'expression en vogue à l'époque dans les milieux du management (Archier et Sérieyx, 1988). Ainsi, lors de son congrès de 1987, l'Association des hôpitaux du Québec n'hésitait pas à promouvoir un nouvel «entrepreneurship» auprès de ses gestionnaires qui devaient désormais «être persévérant[s], compétitif[s], prendre des risques, faire preuve de leadership, s'entourer de bons associés [...]», tout comme le ferait un entrepreneur du secteur privé (Lamontagne, 1987, p. 13). De fait, au Québec (comme au Canada), «la privatisation [a] significatif» généralement l'introduction de nouvelles méthodes efficaces de gestion hospitalière et non pas une remise complète des hôpitaux dans les mains d'intérêts privés», notait un journaliste dans un dossier de la revue *Santé et société* consacré aux «entreprises hospitalières» (Guérin, 1987a, p. 23). À son tour, le rédacteur en chef de cette même revue relevait en 1987 que «la nouvelle religion de l'entrepreneurship recrute maintenant de nombreux adeptes dans le secteur public», voyant là l'amorce du déclin de l'hospitalocentrisme (Anctil, 1987b, p. 2).

Ces observations semblent refléter assez bien la position de l'acteur administratif au sein du MSSS par rapport à la privatisation. Certains sous-ministres adjoints vont d'ailleurs se prononcer publiquement contre toutes formes de privatisation ayant pour effet de soustraire l'État à ses responsabilités régulatrices en matière sociosanitaire (Lamarche, 1987; Carignan, 1987). Cependant, on n'exclut pas pour autant le recours aux modes de gestion «qui font la notoriété du secteur privé» afin de relever l'efficacité administrative du système (Carignan, 1987, p. 306). Le concept des HMO américains, notamment, va faire l'objet d'un examen attentif de la part de certains hauts fonctionnaires du MSSS à la fin des années 1980 qui vont être «séduits» par certains aspects de cette formule, notamment les rapports concurrentiels qu'elle introduit entre les établissements (Lamarche, 1989). Quoi qu'il en soit, l'insertion de certains principes marchands et connexionnistes dans le système sociosanitaire, par le biais de ces nouvelles méthodes de gestion, se fait par l'entremise d'une «adaptation douce» qui s'opère progressivement sous la contrainte des impératifs budgétaires (Beaulieu, 1987, p. 29).

De la même façon, ce sont les pressions exercées par les contraintes financières qui amènent plusieurs administrations hospitalières à recourir de plus en plus aux sommes provenant de fondations afin de financer leurs activités, «une pratique qui s'est répandue telle une traînée de poudre» au cours des années 1980 et qui constitue sans aucun doute, avec l'adoption

de l'esprit entrepreneurial, une des manifestations les plus frappantes de l'influence du modèle néolibéral sur le système sociosanitaire public au cours des années 1980 (Guérin, 1987a, p. 23). Avec cette dernière pratique, c'est le recours au monde du don qui est sollicité dans une de ses formes les plus traditionnelles, ce qui n'est pas sans rappeler certaines pratiques du modèle libéral en vigueur avant les années 1970.

Enfin, soulignons que le rôle accru joué par les organismes communautaires au cours des années 1980 a été perçu par certains acteurs sociaux – et au premier chef par certains syndicats –, sinon comme une manifestation de cette privatisation, du moins comme un processus menaçant de faire disparaître des emplois syndiqués dans le secteur public (Jetté, 1997). Certes, au plan du discours, un syndicat comme la Fédération des affaires sociales (FAS) par exemple, adoptait une position d'appui à ces organismes. Mais sur le terrain, cet appui se traduisait par très peu d'actions concrètes. Dans certains dossiers, comme la désinstitutionnalisation en santé mentale par exemple, on assistait davantage à une confrontation qu'à une quelconque concertation, tant les divergences étaient grandes entre ces deux acteurs. De plus, certains éléments du milieu syndical en santé et services sociaux associaient encore les organismes communautaires à des prestations de services bénévoles et marginales au sein du système (Guérin, 1987c, p. 43).

Or, même si ces organismes comptaient encore largement sur la dynamique réciprocitaire pour assurer leurs activités et se développer, la présence croissante de travailleurs permanents et salariés à l'intérieur des groupes était devenue une réalité incontournable qui venait modifier la représentation traditionnelle que certains pouvaient se faire du tiers secteur (Tremblay, J., 1987). Une présence d'autant plus significative que plusieurs de ces organismes mettaient de l'avant une vision des services souvent différente, voire carrément à l'opposé dans certains cas, de celle des secteurs public et marchand.

Mais plus encore, cette vision des organismes communautaires et bénévoles portée par plusieurs syndicats du secteur public perpétuait une position selon laquelle les intérêts des usagers étaient confondus avec ceux des salariés. Or, la crise du providentialisme allait mettre en relief les contradictions inhérentes à une telle affirmation qui avait pu se révéler juste au cours des années 1970, au moment de la constitution de l'État-providence, mais qui s'avérait de plus en plus en porte-à-faux avec la réalité des années 1980, à mesure que les usagers s'organisaient et prenaient conscience de leur exclusion politique et qu'ils contestaient la déshumanisation des services consécutive à l'organisation quasi tayloriste du travail en vigueur dans le secteur public. Dès lors, c'est un nouvel acteur qui apparaît dans les débats concernant l'orientation du système sociosanitaire, un acteur qui réclame son



autonomie et qui revendique la légitimité de ses intérêts propres par rapport aux organisations syndicales. Du coup, les syndicats ne pouvaient plus prétendre à l'exclusivité du rôle de chien de garde du système qu'ils s'étaient attribué dans les années 1970. Ils n'étaient plus les seuls garants de la qualité des services ; ils devaient désormais composer avec les groupes d'usagers et de défense de droits de certaines catégories d'utilisateurs de services.

## 7. L'AVÈNEMENT D'UN NOUVEL ACTEUR : L'USAGER

La manifestation initiale de cette redécouverte des usagers, après une dizaine d'années vécues sous les dispositifs de la réforme Castonguay-Nepveu – une réforme qui, selon certains, avait oublié de prendre en considération à bien des égards la situation de certains usagers traités dans les établissements du réseau (Pilon, 1981b) –, fut sans aucun doute la création, en 1974, du Comité provincial des malades (CPM) dirigé par Claude Brunet. Au début des années 1980, cet organisme, qui s'était donné pour mission de défendre les droits et les intérêts des personnes hospitalisées dans les centres hospitaliers de soins prolongés – qu'on désigne aujourd'hui sous le vocable de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) –, agissait également en tant que fédération auprès de 115 des 200 comités de bénéficiaires existants dans les établissements du système sociosanitaire québécois (Pilon, 1981b). Il était de notoriété que ce comité entretenait des relations pour le moins houleuses avec les syndicats du secteur public, contestant le droit de grève dans les hôpitaux et les centres d'accueil et critiquant l'attitude générale du personnel et des directions d'établissement à l'endroit des « malades ». Dénonçant la dépendance de ces malades lourdement institutionnalisés envers le personnel et les administrations hospitalières, le manque de respect dont ils se disaient fréquemment victimes et le manque de communication entre les bénéficiaires et le personnel, le CPM contestait la primauté accordée de manière générale dans le système aux producteurs de services au détriment des usagers (Pilon, 1981b, p. 21).

En règle générale, les revendications du CPM concernaient une catégorie particulière d'usagers, soit les personnes institutionnalisées dans les établissements de longue durée. Mais au fil du temps, c'est l'ensemble des usagers de services qui vont se constituer en groupe d'intérêts ou groupe de défense de droits afin de faire valoir leurs points de vue et leurs revendications. Les personnes dites « handicapées » seront à cet égard parmi les premières à s'organiser afin « d'en arriver à avoir une voix forte à l'égard des pouvoirs politiques » (Bolduc, 1981, p. 35), suivies de près, comme nous le constaterons un peu loin, par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les personnes âgées, deux clientèles fortement concernées par les processus de désinstitutionnalisation qui ont cours dans les années 1980.

Ce réveil des usagers va se manifester plus particulièrement sur la scène sociétale lors des travaux de la commission Rochon (Godbout, Leduc et Collin, 1987). Plusieurs groupes d'usagers vont ainsi se faire entendre lors des audiences de cette commission. Ils vont y défendre un modèle de services collectif axé sur la promotion de la santé plutôt que sur la lutte individuelle contre la maladie. Les groupes d'usagers proposent ainsi « une politique globale de développement social qui prenne en compte l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être » (Anctil, 1987c, p. 25). Et s'ils se disent investis de peu de pouvoir eu égard aux syndicats, aux groupes professionnels et au MSSS, cela ne les empêche pas d'appuyer haut et fort le rôle primordial de l'État québécois dans la production des services sociosanitaires, celui-ci constituant « le meilleur rempart contre l'inégalité sociale » (Anctil, 1987c, p. 25).

Par contre, si « on adhère à la religion d'État, [...] on se méfie de ses prêtres » (Anctil, 1987c, p. 25). En d'autres termes, même si les groupes d'usagers accordent une grande importance aux fonctions régulatrices de l'État, ceux-ci restent méfiants par rapport aux acteurs politiques, syndicaux et administratifs chargés d'en définir les contours. L'État doit donc se faire davantage « partenaire » que « providence », notamment en soutenant financièrement les groupes d'entraide et les organismes communautaires qui répondent à des besoins non satisfaits par le secteur public (Anctil, 1987c, p. 25-28).

Incidemment, étant donné le mode de formation initiale des organismes communautaires, issu d'un compromis entre une offre et une demande de services intégrant souvent professionnels, militants et usagers, il n'est pas rare que groupes d'usagers et permanents salariés ou bénévoles ne fassent qu'un, ou du moins se réunissent au sein des mêmes organisations tant les intérêts qu'ils défendent et les principes d'action qui les animent reposent sur des philosophies semblables. En d'autres termes, les groupes d'usagers sont partie intégrante du tiers secteur et se définissent dans plusieurs cas comme des organismes communautaires.

Cela dit, tout comme pour d'autres acteurs sociaux, il faut se garder de considérer l'ensemble des groupes d'usagers comme un bloc monolithique défendant toujours des positions dénuées d'ambiguïtés et nécessairement porteuses du bien commun dans les tractations politiques menant à définir les orientations du système. Des informateurs clés ont attiré notre attention lors d'entrevues sur le caractère peu « alternatif » de certaines propositions formulées par des groupes d'usagers dans le domaine de la santé mentale (Entrevues n° 12 et n° 28). Dans son livre sur la démocratie des usagers (1987), Godbout signale quant à lui les dangers de dérives qui existent toujours lorsqu'on transfère une part de pouvoir des producteurs de services vers les usagers. Ces derniers, à l'image d'une société pluraliste, peuvent être « réactionnaires, conservateurs ou tout simplement ignorants » (Godbout, 1987, p. 161).

Néanmoins, les usagers demeurent la raison d'être du système et, à ce titre, leur participation active, à partir des années 1980, à certains processus consultatifs concernant l'orientation du système – débats dont ils ont jusqu'alors été en majorité exclus – n'a pu que renforcer la démocratie au sein du système sociosanitaire. En outre, leur proximité avec plusieurs groupes du tiers secteur – sinon leur propre intégration au sein de ce secteur – fait en sorte que leur intervention s'est fréquemment traduite par un appui aux demandes de soutien adressées à l'État par les organismes communautaires.

## 8. LES STRATÉGIES DE DÉVELOPPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les années 1980 représentent une période de transition pour les organismes communautaires dans leur marche vers une plus grande reconnaissance de leurs activités et de leur rôle en tant que nouvel acteur du tiers secteur dans le système sociosanitaire québécois. Le compromis qui avait pris forme au sein des organismes communautaires au cours des années 1970 entre les principes d'autonomie de la critique artiste et ceux de justice sociale de la critique sociale, conjugué à la crise des institutions providentialistes, entraîne progressivement une réévaluation des rôles attribués à chacun des acteurs impliqués dans la production des services. On franchit alors les premières étapes d'un processus menant à l'établissement d'un nouveau partage des responsabilités entre le secteur public, le secteur privé et le tiers secteur au sein du système de santé et de services sociaux (Vaillancourt et Jetté, 1997). Pour l'heure, ce nouveau partage ne fait pas véritablement l'objet d'une codification qui permettrait de l'ancrer de manière officielle dans le nouveau modèle de développement social en émergence. Son existence n'en est pas moins réelle, comme le prouve la prolifération du nombre d'organismes durant cette décennie<sup>11</sup>.

---

11. Il demeure néanmoins difficile d'évaluer avec précision l'ampleur de cette expansion et du nombre d'organismes communautaires existants au Québec à cette époque. Tant les études commandées par le commission Rochon (Rochon, 1988), que celles publiées sur le sujet par le MSSS au cours des années 1980 (Tremblay, H., 1987; Tremblay, J., 1987; Auger *et al.*, 1988) partagent ce constat de carences de données à cet égard. À partir d'une banque de données issue de l'organisation d'un important colloque sur le développement communautaire tenu en 1986 à Victoriaville, certains estimaient à environ 4 000 le nombre d'organismes communautaires au Québec à cette époque (CDC, 1987, p. 98-99). Ce nombre inclut toutefois des groupes œuvrant dans des domaines autres que celui de la santé et des services sociaux qui a toutefois toujours formé, historiquement, le contingent le plus important d'organismes au sein des milieux communautaires.

Nous avons vu jusqu'à présent comment le secteur privé, en récupérant à sa manière certains principes de la critique artiste (autonomie et flexibilité notamment), avait réussi à influencer un certain nombre de pratiques de gestion au sein du réseau public, en plus de faire une percée circonscrite, mais bien réelle, dans certains champs d'intervention. Toutefois, ce déploiement général des principes de la critique artiste dans l'ensemble de la société québécoise, et plus spécialement au sein des composantes du rapport salarial, n'aura pas servi que la cause de la privatisation. Il aura aussi une incidence sur les rapports de consommation en donnant un nouveau souffle aux acteurs sociaux qui en sont les principaux mandataires. Le surgissement, au cours des années 1980, de nombreux groupes d'utilisateurs auxquels nous avons fait allusion précédemment, constitue sans aucun doute l'une des manifestations les plus tangibles de cet impact de la critique artiste sur les rapports de consommation. La reconnaissance progressive des organismes communautaires en tant qu'acteur crédible et reconnu et la consolidation progressive de leurs activités en constituent une autre.

Cette consolidation se traduit notamment par l'écllosion de plusieurs regroupements d'organismes qui témoignent du dynamisme et de l'évolution de ces groupes, de leur passage vers une autre étape de leur développement et de leur institutionnalisation. Elle rend compte également des efforts menés par leurs promoteurs afin de constituer des structures organisationnelles et institutionnelles dignes d'un véritable acteur social se donnant les moyens d'intervenir non seulement au plan local, mais aussi aux plans régional et national. Le caractère expérimental des premiers groupes populaires des années 1970 cède donc progressivement le pas à une généralisation des expériences. Les organismes communautaires sentent ainsi le besoin de se réunir et de se concerter au fur et à mesure que s'étendent leurs activités sur le territoire québécois. On assiste alors à la création d'une multitude de regroupements : le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence en 1979, le Regroupement provincial des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) en 1979, le Regroupement des maisons de jeunes du Québec (RMJQ) en 1981, les Ressources alternatives en santé mentale (RRASMQ) en 1983, la Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ) en 1984<sup>12</sup>, la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) en 1985, l'R des centres de femmes en 1985, le Regroupement des Auberges du cœur du Québec en 1987, l'Association québécoise de suicidologie (AQS) en 1987, l'Association

---

12. À noter que ce regroupement existait bien avant 1984 et avait été créé en 1972. Il était connu à cette époque sous le nom de l'Association des centres de bénévolat du Québec.

des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) en 1990, le Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ) en 1991, etc.

Mais cette reconnaissance accrue de leur rôle dans le système pose aux milieux communautaires à de nouveaux défis. Le premier de ces défis est la redéfinition des rapports avec le mouvement syndical qui a été le mouvement social le plus influent au cours de l'ère providentialiste. Malgré certains efforts consentis à la fin des années 1970 et au début des années 1980 pour tenter une jonction entre les organismes communautaires et les organisations syndicales (Désy *et al.*, 1980), force est de constater les divergences de plus en plus grandes qui les séparent, du moins au plan stratégique – même si l'on s'entend souvent sur les principes à défendre – à mesure que s'accroît l'influence des pratiques du tiers secteur et que s'approfondit la crise du rapport salarial fordiste. L'essor pris par le tiers secteur entraîne ainsi une remise en question des rapports avec le mouvement syndical et une prise de conscience des intérêts et des enjeux qui lui sont propres.

Incidentement, les deux sommets populaires tenus au début des années 1980 à Montréal – l'un au printemps 1980, l'autre au printemps 1982 – semblent avoir été le lieu de consécration, si ce n'est de cette rupture, du moins de cette prise de distance idéologique et stratégique entre les syndicats et les organismes communautaires. L'objectif principal de ces sommets, organisés à l'initiative du Conseil central de la CSN de Montréal et qui regroupaient à la fois des militants des milieux syndicaux et communautaires, était précisément d'élaborer une plate-forme de revendications communes aux divers mouvements sociaux au Québec. Or, cette tentative a échoué, les deux sommets n'ayant jamais vraiment réussi à solidariser l'ensemble des participants sur la base de revendications communes. Parmi les raisons invoquées pour expliquer cet échec, mentionnons : la lourdeur et la formalisation excessive des procédures lors de la tenue des événements, le manque de ressources humaines et financières, la méfiance réciproque entre les membres des organisations syndicales et communautaires, et surtout la persistance de deux visions irréconciliables au sein des militants, l'une en faveur d'une stratégie réformiste des institutions sociétales, l'autre préférant la voie d'une transformation radicale par le biais d'un projet révolutionnaire (Perrier, 1982 ; Lacroix, 1982b ; Côté, 1982).

La persistance du courant structuro-marxiste chez plusieurs participants et la mise en priorité des questions syndicales semblent avoir participé à la marginalisation de préoccupations plus terre-à-terre manifestées par les représentants des organismes communautaires lors de ces deux sommets. Selon une militante de la Clinique Saint-Jacques présente lors de

l'événement, «au sommet populaire, on est passé à côté des problèmes centraux pour les groupes comme le nôtre : est-ce qu'il faut maintenir notre autonomie à tout prix, est-ce qu'on se concentre sur les services? Comment faire pour s'en sortir, c'est quoi les problématiques des groupes populaires en temps de crise?» (Côté, 1982, p. 173-174). Des questions centrales qui, à l'évidence, n'ont pas reçu l'attention voulue lors de ces sommets, si l'on en croit le témoignage de cette travailleuse du secteur communautaire.

Or, d'une certaine manière, ce n'était que partie remise pour les organismes communautaires, puisque c'est en bonne partie pour se donner les moyens de faire face à ces nouveaux enjeux que s'organisait à Victoriaville en octobre 1986 le premier colloque provincial d'organismes communautaires. Réunissant plus de 400 participants, ce colloque fut l'occasion pour les promoteurs de ces groupes de prendre la mesure du chemin parcouru depuis le début des années 1970, de mettre en relief les difficultés qu'ils devaient affronter au quotidien, ainsi que les défis qu'ils auraient à relever dans les années subséquentes afin d'assurer leur survie et leur développement. Il est significatif que cet événement ait réuni uniquement des organismes communautaires alors qu'au début des années 1980, lors des sommets populaires, plusieurs cherchaient encore à mettre en œuvre l'unification d'une solidarité ouvrière et populaire mise à mal par la crise du providentialisme. On peut donc voir, dans la tenue de ce colloque, le signe d'une certaine maturité du tiers secteur et de son entrée dans une nouvelle phase de son développement en tant qu'acteur social autonome et distinct au sein des mouvements sociaux.

Plusieurs thèmes chers aux promoteurs des milieux communautaires furent abordés à cette occasion: la cohésion d'ensemble et la concertation des groupes, la diversité de leurs champs d'activité, la gestion interne des organisations, la formation des intervenants, l'autonomie par rapport à l'État, l'octroi d'un financement stable, etc. (CDC des Bois-Francs, 1987). Parmi tous les défis relevés en conclusion de ce colloque historique, le financement des groupes est apparu le plus important aux yeux des participants puisque la survie de leur organisation en dépendait directement. En plénière, les participants s'entendaient même sur la nécessité «d'organiser prioritairement une rencontre nationale sur le financement des groupes communautaires» (CDC des Bois-Francs, 1987, p. 243). L'urgence de la situation n'empêchera toutefois pas cette résolution de rester lettre morte, faute de leadership pour assumer l'organisation d'un tel événement.

On assiste à la même époque, soit en 1985, à la création de la Coalition des organismes communautaires du Québec (COCQ), une organisation comptant plus de 500 membres formée de regroupements provinciaux et

régionaux ainsi que de groupes locaux. Misant sur la solidarité intersectorielle des organismes communautaires pour défendre leur autonomie, augmenter leur poids politique et rendre plus visible leur contribution au mieux-être des collectivités québécoises, cette coalition mobilise d'abord ses membres contre les nouveaux critères d'application des Programmes de développement de l'emploi (PDE) du gouvernement fédéral qui rendaient ces programmes plus difficilement accessibles aux groupes communautaires (Parazelli, 1994, p. 113). Le résultat de leur action fut plutôt mitigé, le fédéral n'acceptant finalement de reporter que d'un an l'application des critères d'admissibilité. En outre, une seconde revendication formulée au même moment par la COCQ, concernant l'engagement du fédéral à soutenir financièrement les groupes, demeura elle aussi lettre morte.

Ces revendications ayant trouvé peu d'échos auprès des autorités politiques fédérales, la COCQ oriente son action vers le gouvernement québécois de Robert Bourassa. En 1989, une délégation de la Coalition parvient à rencontrer le premier ministre qui invite alors les groupes financés par le MSSS à participer aux audiences de la commission parlementaire qui s'apprêtait à étudier l'avant-projet de loi figolé par Thérèse Lavoie-Roux (Parazelli, 1994, p. 117). Cette invitation du gouvernement du Québec constituait en un sens un signal de sa volonté de reconnaître davantage les organismes communautaires du domaine sociosanitaire. Elle fut le prélude à des pourparlers plus intensifs entre le MSSS et les organismes communautaires en santé et services sociaux qui choisirent finalement de se regrouper sur la base de leur appartenance commune au domaine sociosanitaire. La COCQ ne se remettra jamais du départ de ses membres œuvrant en santé et services sociaux qui décidèrent en 1991 de négocier sectoriellement avec le MSSS les conditions de leur financement.

Certains ont vu dans cet éclatement «une rupture de la solidarité intersectorielle» au détriment d'une approche technocratique menaçant l'autonomie des groupes (Parazelli, 1994), alors que d'autres ont reproché à la COCQ son intransigeance par rapport à la question de l'autonomie des organismes. Quoi qu'il en soit, la Coalition va être remplacée en 1991 par la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) qui prendra le relais de la COCQ en tant qu'organisme de représentation supranationale des groupes œuvrant en santé et services sociaux.





# À LA RECHERCHE DE NOUVELLES FORMES D'INSTITUTIONNALISATION DES RAPPORTS ENTRE L'ÉTAT ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Si, de manière générale, les formes institutionnelles du providentialisme se sont maintenues dans la plus grande partie des années 1980, en revanche, on s'interroge sur leur pertinence et le maintien de leurs modalités en période de crise. Ces réflexions se traduisent par la mise sur pied d'un certain nombre de commissions d'enquête – dont la plus célèbre et la plus importante est sans contredit la commission Rochon – et par la publication de recherches et de rapports de comités d'étude sur divers aspects de la problématique sociosanitaire (politique envers les femmes violentées en 1985, rapport Harnois sur la santé mentale en 1987, rapport Brunet sur les CLSC en 1987, politique de santé mentale en 1989). La majeure partie de ces comités et de ces études ont conclu à l'obsolescence de plusieurs règles instituées au cours de la phase de construction du providentialisme et proposé des formes institutionnelles et organisationnelles de rechange pour les remplacer. Contraint par les répercussions de la crise, le gouvernement québécois amorce ainsi des transformations à la pièce du système sociosanitaire. C'est ce que nous allons explorer dans ce chapitre puisque, à plusieurs égards, les travaux de ces divers groupes de travail et les

transformations mises en chantier vont paver la voie aux réformes plus importantes survenues au cours des années 1990, et principalement à la réforme Côté en 1991-1992.

Le chapitre 6 sera ainsi consacré aux processus institutionnels qui ont jalonné l'évolution des rapports entre les organismes communautaires et le MSSS au cours des années 1980. Cet exercice se fera à partir de l'étude de la commission Rochon et de ses répercussions à la fois sur l'ensemble des institutions sociosanitaires et sur la place accordée aux groupes communautaires au sein du système de santé et de services sociaux. Nous ferons également l'examen des premières formes institutionnelles à caractère sectoriel ayant encadré les rapports entre le MSSS et certains organismes communautaires. Nous allons conclure cette section en mettant en évidence les démarches entreprises tant par le MSSS que par les principaux regroupements d'organismes communautaires afin d'établir un premier cadre de référence global s'adressant à l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux.

## 1. LA COMMISSION ROCHON

Comme nous l'avons mentionné précédemment, c'est sous la gouverne du ministre Chevrette et du Parti québécois qu'est instituée la commission Rochon en 1985, du nom de son président Jean Rochon. Confronté à des critiques de plus en plus nombreuses et soumis à de fortes pressions budgétaires, le gouvernement québécois cherche à insuffler de nouvelles orientations au système sociosanitaire. Victorieux aux élections de l'automne 1985, les libéraux confirment Jean Rochon dans son rôle de président de cette commission et élargissent son mandat à l'ensemble des services sociaux. Rappelons qu'en vertu de son mandat initial la commission devait faire l'examen de l'ensemble des services de santé tout en centrant son attention sur les services sociaux connexes à ces services de santé. Le nom de la commission était d'ailleurs Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes. C'est en janvier 1986 que les libéraux vont élargir son mandat à l'ensemble des services sociaux, modifier le nom de la commission qui devenait la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Dans le nouveau mandat qui lui échoit, la commission voyait également le nombre de ses commissaires modifié de douze à six<sup>1</sup> et son échancier réduit de

---

1. Outre Jean Rochon, les commissaires nommés par les libéraux étaient Harvey Barkun, médecin et directeur général de l'Hôpital général de Montréal, Janine Bernatchez-Simard, infirmière et présidente du conseil d'administration du CRSSS du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, Roger Bertrand, économiste, Jean-Pierre Duplantie, directeur du Centre de services sociaux de l'Estrie, et Norbert Rodrigue, syndicaliste à la CSN (Rochon, 1988, p. 710).

quelques mois (Rochon, 1988, p. 705-709). Par contre, le mandat confié à la commission demeurerait sensiblement le même : « Évaluer le fonctionnement et le financement du système de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs [...], étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système [...] [et] faire au gouvernement les recommandations qui lui semblent les plus appropriées pour assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux » (Rochon, 1988, p. 709).

Le rapport de la commission sera finalement publié en 1988 (Rochon, 1988). Disposant d'un budget d'un peu plus de 6 millions de dollars, elle aura donné lieu à une multitude de travaux de recherche (45 publications), la présentation de 800 mémoires (dont plus de 300 provenant d'organismes communautaires) et la consultation de près de 6 000 personnes (experts, représentants d'organismes et citoyens). Au total, la commission aura produit plus de 20 000 pages de documents ; un travail colossal qui va se refléter dans l'ampleur des thèmes abordés ainsi que dans la pertinence de ses analyses qui vont constituer des références incontournables en matière de transformation des services de santé et services sociaux dans les années qui vont suivre.

### 1.1. Les principes d'action défendus par la commission Rochon

De prime abord, disons que l'existence même de la commission et les travaux auxquels elle allait donner lieu sont la manifestation tangible de la crise qui secoue le système sociosanitaire depuis la fin des années 1970. Toutefois, de l'avis même du Ministère, la mise sur pied de cette commission ne devait pas être interprétée comme un désaveu des institutions mises en place par la réforme Castonguay-Nepveu en 1971-1972. Au contraire, les travaux de la commission s'appuyaient sur le postulat suivant lequel les acquis du système devaient être protégés, principalement au plan de l'égalité-universalité et de l'accessibilité des services (MAS, 1985b; Ancil, 1986). Ce n'était donc pas l'ensemble du système qui devait être remis en cause, mais bien « sa capacité d'adaptation et d'ajustement » (Rochon, 1988, p. 711). En d'autres termes, on annonçait que les grands principes philosophiques structurant du système – soit les principes de l'efficacité et de la raison instrumentale (monde industriel) – ne feraient pas l'objet d'une remise en question radicale. C'étaient plutôt les moyens mis en branle pour atteindre les objectifs fixés par le MSSS qui feraient l'objet d'un examen soutenu de la part des commissaires.

En fait, pour les auteurs du rapport, le problème majeur du système est son incapacité à fonctionner à partir d'objectifs clairs qui commanderaient à leur tour des moyens appropriés pour atteindre les objectifs visés.

Cette incapacité traduit une certaine «déchéance» du principe d'efficacité (monde industriel) au sein du système sociosanitaire puisqu'il entraîne notamment, pour les usagers des services, une déshumanisation des soins. Dans ce contexte, rien de surprenant à ce que l'usager se sente «comme un cas anonyme ou un simple numéro dans une machine» (Rochon, 1988, p. 513). Or, les auteurs du rapport pensent qu'on ne pourra remédier à cette situation qu'à condition de recentrer la culture organisationnelle du système «sur des objectifs et des résultats à atteindre plutôt qu'uniquement sur des moyens» (Rochon, 1988, p. 474). C'est là d'ailleurs la première des orientations fondamentales que les commissaires proposent au gouvernement d'adopter : faire en sorte que le «système [soit] centré sur l'atteinte de résultats» (Rochon, 1988, p. 688). Et ces résultats doivent être en lien direct avec la santé et le bien-être des populations, ce qui impose la définition d'une véritable politique de santé et de bien-être qui permettrait de mieux définir les objectifs et les résultats recherchés (Rochon, 1988, p. 475).

L'usager devra donc être mis au centre du réseau. Pour ce faire, il faudra épurer le système de certaines pratiques «qui ont pour origine un égocentrisme professionnel et institutionnel» et «une culture organisationnelle repliée sur elle-même» qui entravent le bon fonctionnement du réseau (Rochon, 1988, p. 473-474). Il faudra également décloisonner les divers établissements afin de contrer «les stratégies où chacun voudrait arriver à grossir son "empire organisationnel"» (Rochon, 1988, p. 419).

Une fois le diagnostic posé, la Commission favorise l'adoption de l'approche dite «par programme» afin de remplacer le fonctionnement et le mode de financement traditionnels du système axés sur les différentes catégories d'établissements. On propose alors de mettre sur pied divers programmes (le programme de maintien à domicile, le programme d'intégration sociale des personnes handicapées, etc.) autour desquels pourraient se concerter les diverses institutions du réseau. Pour arriver à ces résultats, il est toutefois nécessaire, selon la Commission, de modifier certaines pratiques responsables des blocages que connaît le réseau. «[La] réorganisation [du système] doit faire éclater les monopoles corporatifs, mettre un terme aux guerres de clochers, pour finalement enclencher de nouvelles concertations entre établissements et entre le réseau institutionnel et les organismes communautaires» (Rochon, 1988, p. 511).

Ainsi, un nouveau mode de fonctionnement doit émerger au sein du système sociosanitaire qui fait appel à la concertation entre les établissements publics et les organismes communautaires (monde

connexionniste)<sup>2</sup>. L'efficacité du système passe également par une plus large participation des usagers, des citoyens et des producteurs de services et donc par une revalorisation des principes de la participation citoyenne (monde civique). Constatant l'échec des dispositifs de participation mis en place à la suite des propositions de la réforme Castonguay-Nepveu (Rochon, 1988, p. 424-426), les commissaires proposent « un nouveau partage des pouvoirs » auquel serait associée toute une série de nouvelles mesures visant à revaloriser les instances de participation : création de régies régionales avec pouvoir de taxation, recomposition des conseils d'administration d'établissement, élections des administrateurs au suffrage universel, création d'un Conseil de la santé et du bien-être, régionalisation du système, etc. (Rochon, 1988, p. 495-509).

En revanche, à l'instar des arrangements et du compromis nés de la réforme Castonguay-Nepveu, qui donnaient préséance aux arrangements technocratiques (monde industriel) sur la participation citoyenne (monde civique), les nouvelles dispositions suggérées par la commission Rochon subordonnent encore une fois ces principes de participation à ceux du monde industriel et du monde connexionniste :

En faisant davantage participer le bénéficiaire dans la définition et la prise en charge de ses problèmes sociaux et de ses problèmes de santé, en rendant plus clairs les enjeux et les fondements des arbitrages liés au financement et au fonctionnement du système, en donnant aux communautés une responsabilité et un pouvoir accrus dans la définition des enjeux et dans les arbitrages, en rendant les producteurs plus directement responsables de leurs activités devant ces communautés, le système sera moins refermé sur lui-même. Cette ouverture apparaît comme une des clés de l'efficacité et de l'efficience (Rochon, 1988, p. 479).

Le recours aux principes de la participation citoyenne s'avère donc nécessaire dans la mesure où ils favorisent la mise en tension des arrangements technocratiques, c'est-à-dire « l'efficacité et l'efficience » du système en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Cette précision est capitale puisque, comme nous pourrions le constater au chapitre suivant, des dispositifs démocratiques entraînant des décisions jugées inopportunes dans le cadre des principes d'efficacité du monde industriel sont

---

2. Rappelons que dans le monde connexionniste, la figure harmonieuse de l'ordre naturel est le fonctionnement en réseau et que le défi consiste à établir des relations partenariales et des liens de discussion et de communication afin que les parties en présence puissent mieux se coordonner et s'ajuster aux situations changeantes. Pour avoir une meilleure idée des principes du monde connexionniste, le lecteur peut se référer au premier chapitre de ce livre.

difficilement acceptables du point de vue des décideurs politiques. Ce sera d'ailleurs là un des principaux arguments avancés par le MSSS pour amorcer un délestage des instances décisionnelles régionales et une recentralisation des pouvoirs à Québec à la fin des années 1990.

## 1.2. Le rapport Rochon et les organismes communautaires

À la différence de la commission Castonguay-Nepveu qui n'avait accordé que fort peu d'importance aux organismes communautaires et bénévoles, la commission Rochon s'y est intéressée de manière beaucoup plus importante; un chapitre entier de son rapport y est d'ailleurs consacré (Rochon, 1988, chap. 5). On peut penser que cet intérêt provient non seulement de la forte participation des organismes aux travaux de la commission – rappelons qu'ils ont présenté plus de 300 mémoires, ce qui constituait une manifestation tangible de l'ampleur et de la vitalité acquises par ces organismes au cours des années 1980 – ainsi que des retombées de leurs activités au plan des pratiques, mais également du constat fait par la commission «[qu]en matière de services de santé et de services sociaux, la véritable participation de la communauté s'est développée à la périphérie du réseau, dans les organismes communautaires et bénévoles» (Rochon, 1988, p. 424). Or, la question de la participation démocratique et de la régionalisation s'étant révélée une des pierres d'assise des recommandations formulées par la Commission, ce constat constituait une incitation supplémentaire à l'examen attentif de la situation de ces organismes qui semblaient si bien réussir ce que le réseau public peinait à accomplir.

Mais cette réussite, au plan démocratique, parvenait mal à dissimuler une situation précaire à bien des égards, le sous-financement constituant l'un des principaux problèmes des organismes, si l'on en croit les mémoires déposés à la commission. Les représentants des milieux communautaires se plaignaient en outre du type de rapports développés avec le secteur public qui s'apparente, dans plusieurs cas, à «une complémentarité piégée», les contraintes financières forçant les groupes à s'écarter de leur mission première afin de tenir compte des priorités d'intervention programmés par le MSSS (Rochon, 1988, p. 298).

Tout compte fait, la commission brossait un portrait assez fidèle de la situation des organismes. On peut penser que l'analyse soumise par les représentants du milieu communautaire a su éveiller l'attention des commissaires puisqu'elle a imprégné le contenu du rapport. Ainsi, la commission reconnaît que le nouvel intérêt des gouvernements pour les organismes communautaires à la fin des années 1970 se manifestait dans «une conjoncture fortement teintée d'impératifs économiques et de compressions budgétaires» (Rochon, 1988, p. 300). Mais l'argument économique n'explique

pas tout puisque «les initiatives de la communauté traduisent d'une part une réaction aux insuffisances du réseau ou à sa manière de faire les choses, et d'autre part les capacités et la volonté d'auto-organisation de la communauté elle-même» (Rochon, 1988, p. 301). La commission prenait également acte des transformations qu'a connues la dynamique du don au sein de ces nouveaux organismes compte tenu que «les personnes qui s'engagent dans des relations d'aide [sont désormais] motivées par des valeurs telles que l'amour, le service, le don, le dévouement. Ce dévouement ne semble plus vécu comme avant: on parle de plaisir du don et non plus de sacrifice» (Rochon, 1988, p. 303).

Incidentement, l'une des caractéristiques importantes des organismes communautaires, que va d'ailleurs relever la commission dans son rapport, concerne la «proximité» géographique, culturelle et sociale qui existe entre les membres et les usagers de ces organismes. La distinction entre intervenants et usagers s'avère ainsi plutôt faible, ces derniers «étant fréquemment considérés comme [...] des coproducteurs» (Rochon, 1988, p. 302). Ce faisant, «les organismes communautaires sont particulièrement aptes à répondre aux problèmes des usagers dans les termes où ces derniers les posent et au moment où ils apparaissent, et à s'adapter à l'évolution de ces besoins» (Rochon, 1988, p. 302). De plus, on souligne que leur action dépasse largement la résolution de problème et vise également à intervenir sur la cause même de ces problèmes, ce qui en fait des agents importants de prévention et d'éducation dans une optique de développement globale de la personne (Rochon, 1988, p. 303).

Évidemment, certains groupes, souvent issus des structures diocésaines, poursuivent une mission plus traditionnelle (par exemple, la Société Saint-Vincent-de-Paul). Plusieurs par contre se qualifient de ressources «alternatives» par rapport aux pratiques du secteur public, notamment dans le domaine de la santé mentale (CSMQ, 1985). Or, le recours à la désignation de ressource dite «alternative» a aussi une fonction stratégique pour les groupes qui cherchent ainsi à obtenir des enveloppes budgétaires protégées auprès des instances gouvernementales. Mais on aurait tort, selon la commission, de ramener cette réclamation à un simple instrument de négociation avec l'État. «[Cette fonction de négociation] ne contredit pas le fait que le mouvement alternatif repose sur des assises réelles: nouvelles valeurs, nouveaux rapports sociaux, perspective d'innovation, de changement et d'engagement social» (Rochon, 1988, p. 305).

À la suite des audiences qui ont permis aux représentants des principaux organismes communautaires et à leur regroupement de se faire entendre (et d'être relativement bien entendus d'après ce qu'on peut constater), la commission dégageait quatre enjeux majeurs: «la reconnaissance du rôle et

de la contribution des organismes communautaires, le respect de leur autonomie, un financement adéquat et la mise en œuvre d'une collaboration établie sur des bases équitables» (Rochon, 1988, p. 298). Sur ce dernier point, malgré la reconnaissance de l'importance du réseau communautaire qui apparaît, aux yeux des commissaires, «comme une des composante majeures du système de services dans le domaine social et sanitaire» (Rochon, 1988, p. 316), ceux-ci se contentent d'énoncer en termes généraux les principes qui devraient guider le nouveau compromis à établir entre l'État et les organismes communautaires :

Le premier y trouverait un nouveau dynamisme, un incitatif au changement et à l'innovation, un contact plus immédiat avec la population et ses porte-parole, une connaissance parfois plus sensible des problèmes et la possibilité de mieux accomplir sa mission. Le second serait ainsi associé à la définition des besoins, des orientations et des priorités; il aurait davantage la possibilité d'influencer les décisions, d'accroître l'efficacité de ses interventions en s'appuyant sur des actions concertées, et de participer à la réalisation d'objectifs communs (Rochon, 1988, p. 316).

En d'autres termes, un compromis qui permettrait à chacune des parties d'influencer l'autre à partir des principes d'action qui dominent leurs dispositifs, soit une introduction plus large des principes du don, de la participation et de l'innovation au sein du réseau public; alors que les organismes communautaires y gagneraient un accès et un pouvoir d'influence sur l'orientation générale du système (monde connexionniste), ainsi qu'un accroissement de leur efficacité par leur insertion au sein d'un réseau d'acteurs dont les pratiques et l'organisation sont façonnées en priorité par une rationalité scientifique (*scientific management*).

Perspective naïve des commissaires concernant les rapports de pouvoir au sein du système sociosanitaire? Vision idéalisée de la capacité des acteurs de s'entendre sur le bien commun et l'intérêt général? En tout cas, les années 1990 vont montrer que la négociation d'un tel compromis se heurte à de multiples difficultés et que le rôle croissant des milieux communautaires dans le système sociosanitaire va donner lieu à un chassé-croisé de démarches révélateur de la complexité des enjeux en présence.

Quant à la question du financement, elle fait l'objet de propositions beaucoup plus précises qui renvoient, d'une part, à l'octroi «d'une subvention d'infrastructure de base versée directement par le Ministère dans le cadre d'un programme de portée provinciale» et, d'autre part, à «une subvention pour toute participation à un programme régional ou provincial destiné à une population ou un problème bien précis et doté d'objectifs spécifiques» (Rochon, 1988, p. 671). Si le PSOC n'est pas mentionné nommément, il ne fait pas de doute que c'est bien à ce programme que se



réfèrent les commissaires lorsqu'ils recommandent de soutenir la mission de base des organismes, et ce, « pour une période de trois ans ». Ce faisant, ils reprennent à plusieurs égards certaines propositions émises dix ans plus tôt par le Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF) concernant le financement des organismes communautaires (CASF, 1976; 1978a).

À ce titre, rappelons que le CASF avait proposé un financement stable pour les organismes leur permettant de couvrir leurs frais d'infrastructure (locaux, bureaux, salaires, etc.). Par contre, et à la différence des propositions de la commission Rochon, le CASF émettait d'importantes réserves quant à l'ampleur du financement versé par l'État qui ne devait pas dépasser un certain seuil sous peine d'entacher gravement l'autonomie et la capacité d'innovation de ces organismes (voir à ce sujet les chapitres sur les années 1970). Les organismes devaient plutôt se tourner vers d'autres bailleurs de fonds – notamment par l'entremise d'activités d'autofinancement et l'octroi de subventions provenant d'organismes privés ou de fondations – afin de trouver les ressources financières nécessaires à leur fonctionnement.

Cette dernière préoccupation ne se retrouve pas dans les propositions du rapport Rochon. Certes, les commissaires tiennent pour importante la question de l'autonomie des organismes. Mais celle-ci se présente d'une manière qui diffère sensiblement des termes dans lesquels l'avait posée le CASF à la fin des années 1970. En fait, les formes que pourrait prendre l'articulation des organismes communautaires au système socio-sanitaire semblent davantage susciter des préoccupations chez les commissaires qu'une éventuelle tutélarisation de l'État sur leur action. Il faut dire que le contexte a changé depuis les années 1970. Les organismes communautaires sont désormais perçus comme un des éléments de solution à la crise du providentialisme (du moins, par certains acteurs politiques et administratifs) alors qu'on s'interrogeait encore sur la pertinence même de leurs activités au cours de la décennie précédente. De plus, les incertitudes manifestées par le MAS au cours des années 1970 quant au sort réservé aux groupes populaires et bénévoles et sa volonté initiale d'intégrer l'ensemble de leur action au sein des CLSC avaient contribué à façonner, chez plusieurs promoteurs de ces groupes, une position visant à défendre des arrangements institutionnels qui maintiendraient un cloisonnement assez étanche entre l'action du secteur public et celle du tiers secteur communautaire.

Or, le seul fait d'envisager une cohabitation plus serrée entre ces deux acteurs témoigne du franchissement d'une nouvelle étape dans le développement des organismes communautaires et de leur rôle au sein du système

sociosanitaire. Ces derniers sont considérés moins comme une « espèce en voie de disparition », qu'il faudrait protéger de ses « prédateurs », qu'en tant qu'acteurs à part entière ayant la capacité, d'une part, de faire valoir les avantages de leur idiosyncrasie organisationnelle et institutionnelle et, d'autre part, de se maintenir en vie de manière relativement autonome aux côtés d'un secteur public tout de même largement dominant. Cette nouvelle façon d'envisager le rôle des milieux communautaires se reflète dans les recommandations de la commission Rochon qui légitime le recours à un financement complémentaire provenant d'ententes de service (plutôt qu'uniquement de sources privées comme le recommandait le CASF). Les commissaires semblent ainsi manifester moins d'inquiétudes que ne l'avait fait le CASF quant aux éventuelles répercussions d'un tel type de financement sur la mission des groupes. Toutefois, on reste silencieux sur la proportion que devrait prendre chacun de ces types de financement, c'est-à-dire le financement de base et le financement par entente de service (Rochon, 1988, p. 671). Or, la situation vécue par certains organismes – les maisons d'hébergement jeunesse et les maisons d'hébergement pour femmes, entre autres – a révélé comment cette question pouvait être centrale pour déterminer la marge d'autonomie dont disposent les organismes par rapport aux programmes gouvernementaux.

La Commission ne semble pas non plus avoir perçu toute l'ampleur du processus de professionnalisation et de salarisation du personnel en train de s'opérer au sein des organismes communautaires; un processus qui n'était encore qu'à ses débuts en cette fin des années 1980 mais qui allait constituer un enjeu important dans les années 1990. Dans une entrevue accordée en 1988, Jean-Pierre Duplantie, un des six membres de la commission Rochon, exprimait le point de vue de la Commission à cet égard :

Nous avons fait le constat que dans sa structure de base, le communautaire a une petite équipe de gens payés; il possède une infrastructure qui va permettre d'accomplir un ensemble de services mais, dans l'ensemble, ces services ne sont pas rémunérés. À la Commission, nous croyons qu'il faut reconnaître que ces gens ont une place, mais à titre de bénévoles; on ne doit pas s'attendre à ce qu'ils fassent un travail professionnel (D'Amours et Vaillancourt, 1988, p. 22).

Difficile de ne pas discerner un certain paternalisme à travers ces propos qui, certes, accordent une certaine reconnaissance aux organismes communautaires, mais une reconnaissance tout de même partielle fondée d'abord sur leur capacité de mobilisation bénévole, alors que les véritables services dits « professionnels » continueront d'être livrés par les intervenants du secteur public.

Ces réserves étant exprimées, malgré les limites évidentes de cette commission et les positions parfois paradoxales qu'elle a défendues (Bélangier, 1988), l'exercice de consultation auquel elle a donné lieu fut l'occasion pour plusieurs acteurs sociaux moins reconnus de se faire entendre au plan politique en sensibilisant l'opinion publique à un certain nombre d'enjeux. Les organismes communautaires ont, à ce titre, largement bénéficié des retombées de la Commission. Cette nouvelle reconnaissance, même partielle, allait être formalisée plus tard dans l'avant-projet de loi de Thérèse Lavoie-Roux en 1989 et surtout, dans le chapitre 42 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 (la réforme Côté).

### 1.3. L'équipe du PSOC rencontre la commission Rochon

Nous l'avons souligné un peu plus tôt: les audiences de la commission Rochon ont permis à de nombreux groupes, individus et experts de se faire entendre sur un ensemble de questions concernant l'avenir du système sociosanitaire, notamment sur le rôle attribué aux organismes communautaires. Parmi les groupes entendus figure l'équipe de professionnels du PSOC. Cette représentation plutôt inusitée, compte tenu du devoir de réserve qui échoit généralement aux fonctionnaires, a amené cette petite équipe de professionnels<sup>3</sup> à défendre avec ardeur devant la Commission la cause des organismes communautaires en santé et services sociaux (SSOC, 1986). Selon certains des signataires de ce mémoire, que nous avons pu interroger, une telle initiative – aujourd'hui impensable (Entrevues n° 8, n° 14, n° 15 et n° 33) – avait pu voir le jour grâce au contexte particulier et au dynamisme qui prévalaient à l'intérieur même de l'unité administrative chargée de distribuer les subventions aux groupes communautaires, ainsi qu'à l'effervescence sociale et politique qui régnait à l'époque de la commission (Entrevue n° 14, 2002, p. 25).

Les raisons qui ont poussé l'équipe du PSOC à présenter un mémoire à la commission Rochon étaient en partie liées à sa difficulté à se faire entendre au sein même du MSSS. Comme le déclarait en entrevue un autre membre de cette équipe :

On avait pris l'initiative de présenter un mémoire parce qu'on sentait qu'il y avait des choses qui étaient plus difficiles à véhiculer à l'intérieur de la structure administrative. [...] Il y avait aussi plusieurs de nos collègues professionnels qui étaient très près de la problématique des organismes communautaires et qui sentaient qu'il y avait des messages à passer à cette Commission pour dire c'est quoi le communautaire.

---

3. Excluant toutefois le chef de service du programme de l'époque, Serge Tétrault.

Parce que nous-mêmes, dans notre travail quotidien où on avait à répondre à des questions surtout centrées sur le financement, on sentait qu'il fallait aller plus loin que ça (Entrevue n° 8, p. 6).

Un troisième membre de l'équipe du PSOC jugeait en outre que le dépôt de ce mémoire viendrait donner plus de légitimité aux revendications portées par les organismes communautaires, tout en jetant un regard particulier sur l'action de ces organismes :

On voulait donner un sens à cette démarche-là qui était plus un plaidoyer pour les organismes. Faire entendre les organismes à partir de notre connaissance, à partir de notre analyse. [...] Parce que, bien sûr, il y avait des associations, des regroupements à l'époque qui pouvaient plaider pour leur propre cause. [...] Mais on pensait que c'était important, compte tenu de l'analyse qu'on avait, chacun de nous et ensemble, de déposer un mémoire pour venir confirmer, au fond, jusqu'à un certain point, les revendications de ces organismes. [...] On a pensé à ce moment-là que s'il y avait un plaidoyer de l'intérieur, s'il y avait quelque chose qui venait renchérir ce que les organismes plaident à l'époque, qu'il y aurait une plus grande reconnaissance et certainement une visibilité plus grande. En tout cas, c'est ce qu'on souhaitait. Et en toute humilité, parce que les organismes étaient capables de plaider leurs affaires (Entrevue n° 33, p. 7).

Nous avons déjà souligné un peu plus haut le financement à la pièce qui caractérisait ce secteur au cours des années 1970 et 1980. Sans politique globale de financement de la part de l'État, et malgré quelques tentatives d'action concertée (notamment par l'entremise de la COCQ), le tiers secteur se trouvait plutôt dans une situation de fragmentation et de morcellement à cette époque. Les divers regroupements d'organismes avaient une tendance à plaider chacun pour leur cause, sans réelle vision d'ensemble de leurs forces et de l'ampleur de leurs besoins. Or, comme la grande majorité des demandes de financement convergeaient vers le PSOC, les fonctionnaires chargés de gérer ce programme avaient la conviction de faire partie, à l'époque, des quelques personnes au Québec en mesure de livrer un aperçu global de l'apport de ces organismes (Entrevue n° 33, p. 7-8).

Le contenu de ce mémoire, dans lequel les professionnels du PSOC préconisaient un meilleur financement et une plus grande reconnaissance des organismes communautaires, avait aussi une portée stratégique pour les fonctionnaires. Leur vision favorisant un rôle accru des organismes communautaires, leur philosophie d'intervention axée sur un contrôle minimal et leur conception partenariale des rapports entre l'État et les organismes communautaires (SSOC, 1986) n'étaient pas nécessairement partagées par l'ensemble de l'appareil administratif et gouvernemental.

Comme le disait l'un d'entre eux en entrevue, «il y avait un contexte où l'équipe de soutien aux organismes communautaires avait une allure de gens dérangeants dans le Ministère lui-même. [...] On disait qu'on donnait trop d'importance aux organismes communautaires» (Entrevue n° 8, p. 7). La présentation du mémoire avait donc également pour objectif de positionner le PSOC à l'intérieur même du Ministère en prévision des luttes internes menant à l'obtention de budgets supplémentaires.

Malgré ces divergences de vues au sein du MSSS, et les tensions internes, il semble bien que les membres de l'équipe aient reçu les autorisations nécessaires à la rédaction de leur mémoire (Entrevue n° 33). Néanmoins, coïncidence ou pas, c'est peu après le dépôt de ce mémoire que le MSSS prenait la décision de mettre fin à ce programme national afin de le décentraliser vers les régions. Cette décision ne fut toutefois jamais mise à exécution (du moins, au cours des années 1980). Elle entraîna tout de même un certain flottement quant au sort réservé au programme durant les deux années qui ont suivi l'émission de cette directive (Entrevue n° 8, p. 8). Il semble que ce soient des pressions politiques et administratives, provenant à la fois d'acteurs à l'interne (l'équipe du PSOC elle-même) et à l'externe (les organismes communautaires et leur regroupement), qui aient forcé le Ministère à revoir sa décision et à maintenir le programme tel quel au sein d'une structure centralisée à Québec (Entrevues n° 8 et n° 33). Pour leur part, les leaders des milieux communautaires craignaient à cette époque que la régionalisation du programme n'entraîne une perte d'influence et une diminution du financement pour les organismes (Entrevue n° 33, p. 8-9).

Les fonctionnaires œuvrant au PSOC partageaient sensiblement la même opinion que les milieux communautaires quant à la pertinence de maintenir les activités du programme à Québec. L'un comme l'autre jugeaient cette opération prématurée à l'époque (Entrevue n° 33, p. 10). Finalement, la publication du mémoire lui-même n'a peut-être pas été étrangère à cette décision de maintenir le programme au sein d'une unité administrative relevant directement du MSSS. L'impact du mémoire au sein du Ministère, conjugué à la prise de conscience croissante de l'importance des milieux communautaires, faisait en sorte qu'il devenait difficile, pour le MSSS, de mettre fin aux activités de l'unité administrative responsable de la gestion du PSOC (Entrevue n° 8, p. 8).

Certes, il pourrait paraître présomptueux de se forger une opinion sur les retombées politiques de ce document à partir de la seule évaluation qu'en font ses signataires. Pourtant, son impact auprès des commissaires et de l'opinion publique semble avoir été bien réel, d'autant plus que la contribution du tiers secteur aux services sociosanitaires était restée jusque-là

dans l'ombre des débats entourant la mise en chantier et la poursuite du projet providentialiste. Cette analyse a été confirmée par Lorraine Guay, une leader de longue date du mouvement des femmes et des milieux communautaires au Québec qui soulignait, en entrevue, l'ouverture et l'audace dont ont fait preuve à l'époque certains acteurs évoluant au MSSS, notamment l'équipe de professionnels œuvrant au PSOC :

C'est faux de dire que le mouvement communautaire est né du désengagement de l'État. Et je le redis encore souvent aujourd'hui [...] : ça supposait quand même à l'époque une certaine ouverture. Quand on dit que le gouvernement doit reconnaître un mouvement communautaire autonome et qu'il est dans l'obligation aussi de le supporter financièrement tout en respectant son autonomie, ça exige de la part de l'État une conception large de la démocratie. Je ne pense pas qu'on aurait demandé ça à l'époque au gouvernement salvadorien, ou à un autre gouvernement dictatorial, de reconnaître un mouvement autonome capable de le critiquer. C'est une conception de la démocratie qui inclut ; donc qu'il n'y a pas que l'État qui fait une société. Il y a aussi la société civile, une variété de mouvements qu'on doit appuyer mais dont on doit respecter l'autonomie (capacité de critique, de délibération, de dire non à telle politique, etc.). Je pense qu'un gouvernement démocratique pourrait reconnaître ça et je pense que le SOC a été une des expressions de reconnaissance de cette pluralité et de cette conception d'une démocratie participative. Est-ce que certains, à travers ça, avaient des visées instrumentalistes ? Est-ce qu'on visait, dans le fond, à utiliser les organismes communautaires pour faire des choses que, peut-être, l'État ne pouvait pas faire ? Probablement, sûrement, sûrement aussi, mais pas uniquement. Je ne pense pas que ce soit uniquement instrumental. D'ailleurs, les groupes eux-mêmes ont vu à ce que ça ne soit pas uniquement instrumental. Ils ont eu un mot important à dire dans l'élaboration de cette politique du SOC. Il faut relire, dix ans plus tard, le rapport des fonctionnaires du SOC à la commission Rochon. C'était intéressant parce que, [une personne] [...] qui a déjà été responsable du SOC –, nous disait (vers les années 1992-1994) que des fonctionnaires n'auraient jamais dû écrire un rapport comme ça parce que la conception véhiculée dans ce rapport prônait une indépendance et une autonomie par rapport à l'État. On enjoignait l'État de ne pas instrumentaliser le communautaire, de ne pas essayer de le diriger ou de s'en servir à ses propres fins. [...] Nous, on disait : « au contraire, ce n'est pas juste des bras les fonctionnaires du SOC, c'est du monde qui pense, c'est du monde qui applique des politiques et qui la font aussi. Ils la font et la défont ; ils l'interprètent » (Entrevue n° 15, p. 1-2).

Le rôle d'intermédiaire joué par les professionnels du PSOC, au cours des années 1980, auprès des instances gouvernementales afin de relayer les revendications (ou à tout le moins la réalité particulière) des

organismes communautaires s'avère donc un fait reconnu à la fois par ses protagonistes et les milieux communautaires. Et à cet égard, on peut penser que la présentation du mémoire par l'équipe du PSOC à la commission Rochon a constitué un jalon supplémentaire et un appui non négligeable en faveur de la reconnaissance et de la légitimité du tiers secteur dans le domaine sociosanitaire.

Mais dans un premier temps, il semble que ce sont le président de la Commission, Jean Rochon, et les autres commissaires qui ont été favorablement impressionnés par la découverte d'une nouvelle réalité qui leur avait peut-être échappée jusque-là. En outre, ce mémoire semble avoir suscité certains effets de réflexivité chez les organismes et les regroupements quant à leur force et à l'ampleur de leurs activités (Entrevue n° 14). Quant au contenu du mémoire lui-même, plusieurs éléments avaient effectivement de quoi plaire aux représentants des organismes communautaires et témoignaient d'une profonde connaissance des enjeux et défis auxquels ces derniers étaient confrontés. Le mémoire met ainsi l'accent sur l'autonomie des organismes communautaires à travers «leur identité propre, leur rôle spécifique et leur liberté d'orientation» (SSOC, 1986, p. 9). Cette position amène les fonctionnaires à dénoncer le concept de «complémentarité» mis de l'avant de «façon rationnelle» par certains «planificateurs du réseau public» qui ne sert finalement que «de prétexte à la récupération des forces vives du milieu» (SSOC, 1986, p. 10-12). S'appuyant sur une approche systémique, ces fonctionnaires favorisent plutôt l'établissement de rapports interactionnels et d'interdépendance entre le réseau public et les organismes communautaires afin qu'ils puissent conserver «leur identité propre et leur potentialité créatrice» (SSOC, 1986, p. 12). Qui plus est, les organismes communautaires sont perçus comme des «agents de changement social» et «des lieux privilégiés qui permettent le développement [du] tissu social et qui contribuent à plusieurs égards à en améliorer la qualité» (SSOC, 1986, p. 14).

Toujours selon les auteurs du mémoire, «le bénévolat a été à l'origine des organismes communautaires et en a constitué la spécificité et l'originalité profonde» (SSOC, 1986, p. 14). Or, l'arrivée croissante de personnel salarié au sein de ces organismes ne constitue nullement un désaveu de ces principes. Au contraire, cela correspondrait à «une évolution normale [...] vers une meilleure organisation et qualité de leurs services» dans un contexte où il est désormais important «d'accepter et de reconnaître [la] nouvelle réalité du bénévolat moderne» (SSOC, 1986, p. 14-15).

Ces quelques extraits du mémoire rendent compte d'un acteur administratif fortement imprégné par les principes d'innovation et d'autonomie de la critique artiste. Encore une fois, on peut remarquer que

l'argumentaire mis de l'avant pour instituer de nouvelles règles du jeu entre l'État et les organismes communautaires relève d'un discours semblable à celui avancé par les groupes eux-mêmes et leurs principaux promoteurs (par exemple le CASF), soit l'atténuation des dispositifs de contrôle technocratique (monde industriel) au profit de l'accentuation des principes de réciprocité (monde du don), de participation (monde civique) et d'innovation (monde de l'inspiration).

Bon nombre des constats et recommandations figurant dans le mémoire du SSOC ont d'ailleurs été repris dans le rapport final de la commission Rochon, preuve supplémentaire de l'impact du mémoire sur les commissaires. Le rapport de la Commission reprenait ainsi dans des termes parfois semblables, parfois quelque peu différents, plusieurs des éléments rapportés par le mémoire du SSOC : ambiguïté du concept de complémentarité, respect de l'autonomie des groupes, transformation des pratiques bénévoles, organismes communautaires promoteurs de changement social, caractère novateur de leurs pratiques, établissement d'un véritable partenariat entre l'État et les organismes.

Néanmoins, des points de désaccords importants subsistaient entre l'équipe du PSOC et les membres de la Commission. Deux éléments de divergence nous apparaissent à ce titre fondamentaux. Le premier se rapporte au mode de financement des organismes. Alors que les commissaires prônaient le développement d'un financement complémentaire au financement de base à partir d'ententes de services (Rochon, 1988), les fonctionnaires du PSOC vont se prononcer contre ce type de financement, l'instauration d'une telle pratique ayant pour effet «de limiter les organismes communautaires à des rôles de suppléance» (SSOC, 1986, p. 23).

Le second élément de divergence concerne la régionalisation des services et la décentralisation du PSOC. À cet égard, les fonctionnaires du programme se méfiaient particulièrement des CRSSS qui, à leur avis, «véhiculent une vision de complémentarité résiduelle des organismes communautaires par rapport au réseau public» (SSOC, 1986, p. 18). Selon les auteurs du mémoire, «de par leurs fonctions de planification et d'organisation des services au niveau régional, ils ne sont pas en mesure de permettre aux organismes communautaires de choisir librement leurs orientations» (SSOC, 1986, p. 18-19).

L'équipe du PSOC s'est ainsi positionnée contre l'une des principales recommandations de la commission Rochon, soit la délégation accrue de pouvoir aux paliers régionaux. Cette prise de position signifiait donc l'appui au maintien d'une structure centralisée à Québec pour le PSOC, en continuité avec le modèle administratif conçu initialement lors de la création du programme en 1973; structure dont ils étaient les principaux



acteurs. Comment alors interpréter cet appui de la part de fonctionnaires qui, par ailleurs, faisaient la promotion de certaines innovations et de transformations au sein du système? Cette prise de position doit-elle être perçue comme un simple sursaut de corporatisme de la part de ces fonctionnaires? Ou alors comme la manifestation de craintes justifiées sur la capacité des instances régionales à maintenir des règles du jeu respectant l'autonomie et les particularités des groupes? Ces interrogations sur les motifs d'une telle prise de position vont trouver réponse en partie dans l'histoire du financement des organismes communautaires en maintien à domicile et des premières expériences de décentralisation au PSOC. C'est ce que nous allons expliciter au point suivant.

## 2. UNE PREMIÈRE EXPÉRIENCE DE DÉCENTRALISATION AU PSOC : LES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE

Nous avons vu précédemment que l'un des signataires du mémoire présenté par l'équipe du PSOC qualifiait de « prématurée » la régionalisation du programme envisagée à cette époque, compte tenu de l'état de développement du tiers secteur dans le domaine sociosanitaire au cours des années 1980. D'une certaine manière, on jugeait les organismes encore trop « fragiles » pour être transférés en bloc aux bons soins des autorités régionales. Mais un autre argument peut aussi être invoqué. L'expérience de régionalisation des budgets de services à domicile, amorcée au début des années 1980 après la publication par le MAS de sa politique sur les services à domicile (MAS, 1979b), avait donné lieu à la création d'organismes communautaires à géométrie variable. Une partie de ces budgets avait en effet servi à consolider des organismes déjà existants alors qu'une autre portion avait été utilisée pour mettre sur pied des organismes sans incorporation légale, « succursales » en quelque sorte d'institutions publiques, qui se retrouvaient sous la responsabilité fiduciaire de CRSSS ou de CLSC. Selon les données d'une recherche réalisée pour le compte du Ministère, 10% des organismes en maintien à domicile étaient dans cette situation en 1986-1987, ce qui représentait une cinquantaine d'organismes (Tremblay, J., 1987). Il était donc légitime de s'interroger sur le degré d'enracinement de ces organismes dans la communauté et la marge d'autonomie dont ils disposaient par rapport aux institutions publiques.

Ces organisations sans statut autonome avaient pu voir le jour grâce à un programme spécial de financement mis sur pied par le MAS en 1979-1980 en vue de développer les services de maintien à domicile (MAS, 1980). Initialement, ce programme disposait d'un budget de 1,5 million de dollars et touchait 216 organismes. Or, les professionnels du PSOC n'étaient

pas sans connaître la réalité de ces organisations puisque ce programme spécial de financement avait été transféré au PSOC vers 1984-1985, tout en conservant son caractère décentralisé.

Ainsi, les quelque 500 organismes communautaires de maintien à domicile transférés au PSOC ont profité d'un statut spécial au sein du programme au cours des années 1980. Ces organismes étaient les seuls dont l'étude des dossiers et l'arbitrage des financements se faisaient à l'échelon des CRSSS plutôt que par l'équipe du PSOC à Québec<sup>4</sup>. En d'autres termes, ce secteur d'activité profitait d'une régionalisation avant la lettre. Mais cette régionalisation, quelque peu improvisée, n'allait pas sans quelques difficultés pour les organismes bénéficiaires. L'intégration de ces organismes au PSOC avait amené les fonctionnaires à faire un effort de structuration afin de doter ce secteur d'activité des mêmes règles qui régissaient déjà les trois autres catégories d'organismes (services à la communauté, services aux femmes et services à la jeunesse) (Entrevue n° 8, p. 2-3).

Les CRSSS avaient ainsi tendance à multiplier le nombre d'organismes bénéficiaires du programme, «quitte à ne leur donner parfois que des miettes» (Tremblay, J., 1987, p. 72). Le secteur des services de maintien à domicile était d'ailleurs le seul où l'on octroyait des subventions inférieures à 1 000 \$, ce qui confinait inévitablement les organismes à une situation précaire. En outre, le transfert des fonds de Québec aux CRSSS, et par la suite des CRSSS vers les organismes, entraînait parfois des retards dans l'allocation des subventions qui n'étaient pas sans inconvénient pour les organismes qui pouvaient se retrouver sans le sou et acculés à la

---

4. Les CRSSS recevaient du MAS un montant global (lui-même déterminé par le Conseil du Trésor) qu'ils répartissaient par la suite entre les différents producteurs de services à domicile présents sur le territoire (CLSC, centres d'accueil, groupes bénévoles et communautaires, etc.) et selon des critères et des proportions définis régionalement. Les montants consacrés aux organismes communautaires étaient à leur tour déterminés selon des critères et des proportions fixés par les CRSSS. Il semble que la décision de régionaliser ces budgets ne soit pas étrangère au litige qui opposait à l'époque les CLSC et les centres d'accueil. Selon une fonctionnaire interrogée, le Ministère n'étant pas parvenu à établir un consensus sur la distribution des sommes consacrées au maintien à domicile, «alors il a envoyé la patate chaude aux CRSSS» (Entrevue n° 7, p. 11). Dans ce contexte, les organismes communautaires ont pu faire les frais de cette guerre intestine, d'autant plus que leur poids politique, ainsi que celui du PSOC, apparaissait bien léger en comparaison des pressions qu'exerçaient les représentants de certains établissements publics sur les CRSSS.

fermeture. Certains CRSSS, notamment, semblent avoir fait preuve de laxisme ainsi que d'une méconnaissance de la réalité et des besoins des organismes communautaires à cette époque<sup>5</sup> (Entrevue n° 8, p. 3-4).

### 3. VERS UN PREMIER CADRE DE RÉFÉRENCE

Si les travaux de la commission Rochon ont constitué, de toute évidence, un tremplin important vers une plus grande reconnaissance sociétale du rôle joué par les organismes communautaires dans le domaine de la santé et du bien-être au Québec, d'autres initiatives étaient en marche à cette époque qui ont aussi participé à la construction de cette reconnaissance. C'est ainsi que plusieurs démarches de recherche ont été entreprises par différentes instances du Ministère au milieu des années 1980, en vue de mieux connaître et définir la réalité des pratiques mises en œuvre par le tiers secteur dans le domaine sociosanitaire. Ces travaux avaient pour but ultime de doter le MSSS d'un véritable cadre de référence sur lequel pourraient s'appuyer fonctionnaires et représentants des milieux communautaires afin de déterminer les responsabilités qui incombent à la fois au secteur public et au tiers secteur dans la production de certains services. Ce cadre de référence devait également comporter un aspect financier qui permettrait de fixer la hauteur des budgets octroyés aux organismes (Tremblay, H., 1987; Tremblay, J., 1987; Auger *et al.*, 1988). Jusque-là, on n'avait compté «que sur une tradition administrative incarnée par quelques professionnels (du PSOC) qui tent[ai]ent de maintenir une certaine équité dans la distribution des maigres montants qui leur sont alloués pour soutenir l'effort de divers groupes communautaires désireux de se prendre en main» (Tremblay, J., 1987, p. 3).

En d'autres termes, les travaux dont nous allons rendre compte, qui se déroulaient au sein du Ministère et en parallèle à la commission Rochon, vont concourir à mettre en place les balises administratives et politiques d'un dispositif institutionnel visant à codifier les conditions et les responsabilités inhérentes au nouveau partage des responsabilités en train de s'instituer entre le secteur public et le tiers secteur dans la production des services sociosanitaires au Québec.

Mais avant de procéder à l'examen plus détaillé des propositions contenues dans ces documents, nous devons nous arrêter quelques instants sur les ententes sectorielles déjà intervenues entre le MSSS et certains

---

5. Nous disons bien «certains CRSSS» puisque les informations recueillies ne nous permettent pas de déterminer avec exactitude l'ampleur de ces pratiques dilatoires dans l'ensemble du Québec. Nous savons, par ailleurs, que d'autres CRSSS ont appuyé les organismes communautaires de leur territoire. Mais il semble que cela ait plutôt été l'exception que la règle à cette époque.

organismes communautaires issues du mouvement des femmes et du mouvement de vie autonome (pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale). Ces premières ententes vont constituer en quelque sorte le prélude aux ententes plus globales qui seront adoptées à la fin de la décennie. Comme le soulignait en 1987 un chercheur responsable de l'une des premières enquêtes effectuées par le MSSS sur les organismes communautaires, l'augmentation des crédits alloués aux groupes depuis la fin des années 1970 «est principalement attribuable aux pressions des organisations de jeunes et des groupes de femmes, qui sont parvenus, au cours de la dernière décennie à faire reconnaître aux autorités du Ministère la nécessité de soutenir des ressources spécifiques telles les maisons de jeunes et maisons d'hébergement pour femmes en difficulté, nées en réponse à des besoins non satisfaits» (Tremblay, J., 1987, p. 1). Dès lors, il n'est guère surprenant de constater que les premiers cadres de référence s'adressant spécifiquement à des organismes communautaires aient été élaborés pour soutenir financièrement des organisations offrant de l'aide aux femmes violentées et aux maisons de jeunes.

### 3.1. La Politique d'aide aux femmes violentées (1985)

C'est à travers la Politique d'aide aux femmes violentées que s'institue, en 1985, le premier cadre de référence s'adressant aux groupes de femmes (MAS, 1985c; MSSS, 1987b). Cette entente sera d'ailleurs la première du genre à intervenir entre le MSSS et un groupe d'organismes issus des milieux communautaires<sup>6</sup>. L'un des trois objectifs fondamentaux de cette politique était précisément «la reconnaissance du rôle des groupes et des ressources du milieu et de leur caractère essentiel quant au développement de la réflexion sur le phénomène de la violence et des formes d'aide appropriées» (MAS, 1985c, p. 4). En vertu de cette nouvelle politique, ces groupes voyaient leur financement institutionnalisé à partir du PSOC qui finançait déjà, à l'époque, dans le cadre de son secteur «services aux femmes», près d'une cinquantaine de maisons d'hébergement et près d'une dizaine de centres d'aide aux victimes d'agressions à caractère sexuel (CALACS) (MAS, 1985c, p. 13-14). Mais avec cette politique, le

---

6. Tout comme pour les maisons d'hébergement pour femmes et les CALACS, les maisons de jeunes ont pu bénéficier d'un cadre de financement dès le milieu des années 1980. Cette reconnaissance avait toutefois un caractère moins officiel que celle accordée aux groupes de femmes qui était insérée dans une politique ministérielle, ce qui n'est pas le cas pour les maisons de jeunes. Néanmoins, des ententes avaient été négociées avec le Ministère afin de reconnaître une échelle de financement des maisons de jeunes en fonction de leur stade de développement et de certains besoins particuliers.

gouvernement reconnaissait l'importance de ces groupes et s'engageait à améliorer et à faciliter ce financement pour ces deux types d'organismes, ainsi que pour d'autres catégories d'organismes offrant de l'aide aux femmes violentées (par exemple, les centres de femmes).

Pour espérer obtenir une part des fonds disponibles, les organismes demandeurs devaient répondre aux cinq conditions qui s'étaient progressivement instituées comme critères généraux d'admissibilité au financement des organismes requérant le soutien financier du PSOC, soit :

1. incorporation en vertu de la troisième partie de la Loi des compagnies (sans but lucratif) ou bénéficiaire d'une reconnaissance sociale formelle ;
2. règlements généraux de la corporation en accord avec la charte de l'organisme ;
3. demande faite annuellement sur le formulaire en vigueur et complétée selon les exigences requises ;
4. présentation des documents à l'appui de la demande, soit : rapport financier officiel et rapport annuel d'activités ;
5. dépôt de la demande de subvention à la date fixée par le Ministère (MAS, 1985c, p. 52).

Si elles satisfaisaient à ces critères, les maisons d'hébergement pouvaient espérer obtenir une subvention de base, variant de 70 000 \$ à 130 000 \$ selon l'ancienneté des maisons, ainsi que l'allocation d'un montant forfaitaire de 6 \$ par jour par personne hébergée. Cette dernière composante du financement venait remplacer le *per diem* accordé aux maisons par les CSS lorsque ceux-ci adressaient des clientes aux organismes. Quant aux CALACS, ils pouvaient obtenir une subvention allant jusqu'à 60 000 \$ par année (MAS, 1985c, p. 54-55).

Avec le recul, on peut considérer la reconnaissance institutionnelle de ces ressources comme la seconde grande étape d'institutionnalisation d'organismes du tiers secteur sociosanitaire depuis la création des CLSC en 1973. Ces derniers étaient en effet nés d'une volonté de reproduire, à l'intérieur d'un établissement public, certaines caractéristiques des pratiques mises en œuvre au sein des cliniques populaires et des maisons de quartier. Mais des différences importantes marquent cette nouvelle étape de reconnaissance des organismes communautaires par rapport à la décennie précédente. L'époque n'est plus à l'institutionnalisation « mur à mur » comme celle qui caractérisait le modèle providentialiste, c'est-à-dire à l'établissement d'un processus institutionnel qui intègre étroitement les pratiques émergentes visées par cette reconnaissance à la programmation d'un établissement public, comme ce fut le cas pour les CLSC. Les revendications et les représentations politiques faites

depuis les années 1970 auprès du MSSS par les organismes communautaires et d'autres acteurs sociaux, soucieux de préserver l'originalité et l'efficacité des innovations au sein des organismes communautaires semblent à cet égard avoir eu un écho suffisant pour que soient envisagées d'autres formes d'institutionnalisation. Avec un cadre de financement associant de manière durable les organismes d'aide aux femmes violentées au PSOC, le Ministère mettait de l'avant une approche nouvelle en matière de reconnaissance des organismes provenant du tiers secteur. Tout comme l'avait proposé le CASF dans son avis de 1978 (CASF, 1978a), cette reconnaissance mettait en retrait les principes de contrôle et d'organisation technocratiques (sans toutefois les faire disparaître totalement puisque la création même du PSOC relevait d'une volonté de mieux organiser le financement octroyé aux organismes communautaires) au profit de nouveaux arrangements faisant davantage appel aux principes de la participation, de l'autonomie et de la réciprocité.

Encore que certains fonctionnaires aient songé dans un premier temps à détacher administrativement les maisons d'hébergement pour femmes du PSOC afin de les inclure dans le groupe des ressources intermédiaires (à l'instar de ce que le Ministère souhaitait faire avec certaines ressources d'hébergement jeunesse), ce qui aurait assuré à ces ressources un financement total de leurs activités. En revanche, les exigences associées à un tel statut, impliquant un rattachement administratif à un CSS, seraient venues à compromettre leur autonomie : contrôle financier, contrôle des admissions, plan d'intervention sous la responsabilité du CSS, etc. D'emblée, les groupes de femmes ont préféré l'autonomie à la sécurité financière afin de préserver le caractère distinct et le dynamisme de leurs pratiques (MAS, 1985c, p. 35).

La constitution et la mise en application progressive, au cours des années 1980, d'une nouvelle forme d'institutionnalisation est loin d'être banale puisqu'elle concrétise l'une des principales revendications des milieux communautaires, soit la prise en charge financière (du moins partielle) par l'État de nouvelles pratiques ayant démontré leur pertinence sociale dans le respect de l'autonomie des ressources au sein desquelles elles se sont développées<sup>7</sup>. Du même coup, l'État reconnaissait que le développement social de la société québécoise n'était pas l'apanage du seul secteur public et que d'autres acteurs pouvaient y contribuer.

---

7. Le MAS prenait la peine de préciser que le PSOC visait à accorder un financement partiel aux organismes communautaires. Dans les demandes de subvention, une attention était ainsi portée aux efforts déployés par les organismes pour diversifier leurs sources de financement. Encore une fois, il est intéressant de noter que cette politique rejoignait l'une des recommandations émises par la CASF en 1978.

L'influence des milieux communautaires sur les pratiques du secteur public est ici manifeste. En témoignent les propos du ministre de l'époque, Guy Chevrette, qui reconnaît que «[cette] politique ministérielle s'inspire largement des actions et de l'approche développées par [les] groupes issus de la communauté qui ont mis sur pied des ressources pour les femmes violentées<sup>8</sup>» (MAS, 1985c, p. 1). Dans un avis publié l'année suivante, le Conseil du statut de la femme reconnaissait à son tour que «[les] pratiques alternatives [des groupes de femmes] finissent toujours par avoir un certain effet d'entraînement, de contamination [et quel], dans ce sens, il est juste de penser que les services de l'État peuvent se modifier», même si cette transformation exige du temps (CSF, 1986, p. 8). À titre d'exemple, on souligne que plusieurs intervenants du secteur public vont enrichir leurs pratiques au contact des organismes communautaires œuvrant auprès des femmes victimes de violence.

Cela dit, ce nouveau cadre de référence ne résolvait pas pour autant l'ensemble des problèmes auxquels étaient confrontés ces organismes. Dans son mémoire remis en 1986 à la ministre de la Condition féminine, Monique Gagnon-Tremblay, le CSF concédait que cette nouvelle politique représentait «un acquis au plan de la stabilité de l'engagement du MSSS face aux maisons [et ce, même si] elle présente d'importantes lacunes», notamment au regard de la non-récurrence des subventions<sup>9</sup>, à la persistance de certaines disparités, de l'insistance mise sur la diversification du financement et au statut incertain accordé aux maisons dans les nouvelles concertations régionales mises en place (CSF, 1986, p. 14-16).

Néanmoins, malgré le non-respect intégral des cadres de financement négociés entre le MSSS et les groupes de femmes, le cadre de référence obtenu en 1985 par l'entremise de la Politique d'aide aux femmes violentées représente un acquis certain qui va permettre à plusieurs organismes communautaires venant en aide aux femmes de connaître un développement sans précédent. Dans les années qui allaient suivre, cette entente ferait d'ailleurs l'envie d'autres organismes et regroupements du tiers secteur œuvrant en santé et services sociaux.

---

8. Outre le financement des organismes communautaires d'aide aux femmes violentées, il faut noter que la politique de 1985 visait à stimuler le développement de services adaptés à ces femmes au sein même du réseau public, en s'inspirant des pratiques mises en œuvre dans ces organismes.

9. À cet égard, la politique du MAS stipulait que dans la mesure où les crédits budgétaires le permettaient, les organismes ayant reçu une subvention du Ministère l'année précédente et qui demandaient un renouvellement de l'aide pouvaient «raisonnablement espérer une reconduction de subvention», si les conditions étaient respectées (MAS, 1985c, p. 55).

### 3.2. La politique de santé mentale (1989)

Plus nous avançons dans l'exposé de nos données relatives aux années 1980, plus nous sommes à même de constater l'importance de cette décennie dans l'avènement de nouveaux arrangements institutionnels, et ce, dans divers domaines de la santé et des services sociaux. Ainsi, parallèlement aux travaux de la commission Rochon ainsi qu'à ceux entrepris par certaines directions du MSSS pour renouveler les modalités de partenariat avec les organismes communautaires s'amorce en 1983 toute une série de travaux visant à remodeler les pratiques dans le domaine de la santé mentale au Québec. Ces travaux ont pour but de doter le Québec d'une véritable politique en santé mentale. Et à l'instar de ce que nous avons déjà relevé pour les domaines d'intervention associés aux jeunes, aux personnes ayant des incapacités et aux femmes, la recherche de solutions aux défaillances du providentialisme dans le domaine de la santé mentale a une incidence considérable sur la redéfinition des rapports entre l'État et les organismes communautaires<sup>10</sup>.

C'est donc dans ce contexte de crise et de nécessaires transformations que sera publié, en 1985, un avis du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) concernant «les rôles et place des ressources alternatives en santé mentale» (CSMQ, 1985). Cet avis propose plusieurs changements dans l'orientation générale des pratiques en santé mentale et établit des priorités d'action en lien avec la contribution des ressources alternatives. Ayant eu à résoudre, comme plusieurs autres comités de travail mis sur pied par les gouvernements précédents, le problème de la définition des ressources alternatives, le Comité en propose une qui met en relief un «ailleurs» et un «autrement» qui sont à la base des pratiques dites alternatives<sup>11</sup>:

La ressource alternative est un groupe, un organisme ou une corporation à but non lucratif, autonome, qui propose à la personne, dans son milieu de vie et avec sa participation, un support particulier pour acquérir et maîtriser les moyens requis pour répondre à ses besoins, compte tenu des difficultés psychosociales ou psychiatriques qu'elle rencontre ou qu'elle appréhende (CSMQ, 1985, p. 11).

---

10. On pourrait ajouter à cette liste les personnes handicapées dont les revendications ont également contribué de manière importante à renouveler les pratiques d'intégration s'adressant aux personnes ayant des incapacités – notamment par l'entremise de la politique *À part... égale* parue en 1984 (OPHQ, 1984) – ainsi qu'à revaloriser le rôle des associations dans le domaine sociosanitaire (Boucher, 2001).

11. Le «ailleurs» renvoie à des pratiques à l'extérieur des établissements publics alors que le «autrement» désigne des pratiques différentes mettant davantage à profit les ressources de la communauté.



Signalons que si cette définition insiste, tout comme celle qui sera concoctée plus tard par la commission Rochon et divers comités gouvernementaux, sur les principes d'autonomie et de non-lucrativité qui doivent guider la gestion de ces organismes, l'accent est mis ici davantage sur le contrôle des ressources par les usagers au plan organisationnel plutôt qu'au plan institutionnel; c'est-à-dire qu'on semble accorder une plus grande attention aux pratiques de soutien comme telles qu'aux modalités définissant le mode de fonctionnement administratif des groupes (telle que la composition du conseil d'administration par exemple). Ce qui ne signifie pas pour autant que ces groupes ne vont pas se préoccuper de la vie démocratique de leur organisation. Bien au contraire puisque, dans le cas du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale<sup>12</sup> par exemple – un des regroupements les plus importants dans ce domaine –, les organismes membres doivent obligatoirement réserver une proportion de sièges aux usagers dans leur conseil d'administration<sup>13</sup> (Entrevue n° 28, p. 3). Mais il n'en demeure pas moins que cette insistance initiale sur les pratiques de proximité ressort comme un fait particulier et qu'elle n'est certes pas étrangère au fait que ces ressources, peut-être plus que d'autres acteurs du secteur communautaire, évoluent dans un champ largement investi par les professionnels de la santé plutôt que par les milieux des services sociaux. Cette situation impose aux organismes communautaires en santé mentale des luttes particulièrement ardues puisqu'il s'agit de modifier des pratiques qui sont encadrées de manière très strictes par des corporations professionnelles et qui sont porteuses d'un lourd héritage à la fois scientifique, social et culturel (l'asile, la médication, les préjugés sur les « fous », etc.).

Ce n'est donc pas un hasard non plus si le comité chargé de préparer la nouvelle politique de santé mentale, dirigé par le docteur Gaston Harnois, insiste tant sur la nécessité d'établir un « partenariat élargi » avec les divers acteurs concernés par le domaine de la santé mentale (Harnois, 1987). Ce partenariat est nécessaire afin de décloisonner les

---

12. Fondé en 1983, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale comptait à l'origine une douzaine d'organismes membres. En 2004, il en regroupait plus d'une centaine. Ce regroupement fait ainsi la promotion de pratiques dites alternatives dans le domaine de la santé mentale, de manière à offrir aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale un choix d'intervention autre que les pratiques psychiatriques traditionnelles (Entrevues n° 12 et n° 28).

13. Cette proportion a été fixée à 25% pour les groupes de services et à 50% pour les groupes d'entraide (Entrevue n° 28).

services et de permettre une réelle insertion des personnes dans leur milieu de vie grâce, notamment, à un recours accru aux ressources communautaires et à leur plus grande implication au sein des mécanismes de concertation mis en place pour coordonner les services. Rappelons ici que le processus de désinstitutionnalisation en santé mentale (c'est-à-dire le processus par lequel on sort les personnes des institutions psychiatriques pour les réintégrer dans la société) avait été amorcé dès les années 1960 et 1970 (Vaillancourt et Jetté, 1997, p. 203-206). Cependant, les ressources indispensables à la réelle intégration de ces personnes n'ont pas nécessairement suivi au cours de cette période et sont restées en grande partie le monopole des institutions psychiatriques (Dorvil *et al.*, 1997).

C'est en partie pour répondre à ces besoins d'insertion dans le milieu, ainsi qu'aux nombreuses critiques formulées sur le traitement accordé à ces personnes en milieu hospitalier, que le gouvernement du Québec rendait publique en 1989 sa Politique de santé mentale (MSSS, 1989b). Cette politique va faire siens bon nombre des constats et des recommandations formulés dans le rapport Harnois (1987). La Politique de 1989 va ainsi constituer une percée significative des organismes communautaires dans le champ de la santé mentale, en reconnaissant leur expertise et le rôle crucial qu'ils assument aux côtés des secteurs public et domestique (parents, amis, famille, etc.) dans le maintien des personnes au sein de leur milieu de vie naturel et dans leur réinsertion sociale. Elle prévoit le transfert de ressources dans la communauté pour les personnes désinstitutionnalisées (MSSS, 1989b, p. 51). De manière générale, la Politique consacre de nouveaux arrangements institutionnels au sein du système sociosanitaire. Ces arrangements comportent au moins deux grandes innovations, soit la régionalisation des services (qui, elle-même, découle de l'application d'une nouvelle gestion par programme, comme l'avait d'ailleurs recommandé la commission Rochon) et la participation accrue du tiers secteur aux décisions concernant la planification et la production des services.

Avec sa Politique de santé mentale, le MSSS entend appuyer les organismes communautaires et «accueillir les solutions qu'ils proposent» (MSSS, 1989b, p. 49). Désormais, le financement des organismes communautaires œuvrant en santé mentale est régionalisé et versé selon une planification triennale des dépenses (MSSS, 1989b, p. 49-50). De plus, les organismes sont associés de près au processus de décentralisation, ce qui implique un rôle accru aux plans de la planification régionale, de l'organisation et de la gestion des services (MSSS, 1989b, p. 52-54). De manière plus précise, la nouvelle politique accorde un tiers des sièges aux organismes communautaires qui souhaitent participer aux comités tripartites chargés de planifier

les services<sup>14</sup>. Cette décentralisation fait également des CRSSS un acteur central du processus. Ils deviennent ainsi les principaux responsables d'une démarche de planification qui, dans les faits, s'est réalisée avec plus ou moins de rigueur selon les régions (Entrevue n° 28).

Après les services à domicile, c'est donc les services en santé mentale qui font l'objet d'un processus de décentralisation qui met les CRSSS en interaction plus étroite avec les organismes communautaires. Par contre, à la différence de la Politique de services à domicile de 1979 qui avait régionalisé le financement des organismes communautaires en maintien à domicile et forcé un rapprochement entre les CRSSS et les organismes communautaires, tout en demeurant vague sur les modalités de reconnaissance de ces organismes, la Politique en santé mentale prescrit des règles claires à travers des processus bien balisés censés apporter un souffle nouveau à la reconnaissance de ces organismes. La Politique constitue ainsi une avancée stratégique pour les organismes communautaires en santé mentale puisqu'elle répond en partie aux revendications exprimées par les groupes et leur représentant, notamment le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale qui souhaite mettre en place des groupes de défense de droits et des groupes d'entraide dans toutes les régions du Québec (Entrevues n° 12, p. 3; n° 15, p. 6-7).

Le processus d'institutionnalisation auquel furent soumis les organismes communautaires en santé mentale diffère toutefois sur au moins un point de celui qui fut appliqué à d'autres organismes communautaires en santé et services sociaux. Les ressources communautaires en santé mentale ont en effet toujours refusé d'être intégrées au PSOC – et de fait, ne l'ont pas été tout au long des années 1980 – et ce, même si le comité de travail chargé d'élaborer un cadre de référence pour les groupes communautaires mettait en relief le double standard qui s'appliquait aux groupes selon leur appartenance au champ de la santé mentale ou aux autres catégories d'organismes (Auger *et al.*, 1988). Pour toutes sortes de raisons, les groupes ont préféré demeurer sous la responsabilité de la Direction de la santé mentale (DSM), une direction chapeautée par la Direction générale du recouvrement de la santé. Il faut dire qu'en 1988, c'était déjà près de 10 500 000 \$ que la DSM versait aux organismes communautaires en santé mentale, alors que le PSOC ne distribuait qu'un peu plus de 643 000 \$ aux groupes œuvrant dans ce domaine (Auger *et al.*,

---

14. Cette modalité figurait déjà dans le rapport du groupe de travail chargé de définir un nouveau cadre de référence pour l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux (Auger *et al.*, 1988).

1988, p. 4). Selon les témoignages recueillis, la décision de maintenir en priorité leur attachement à la DSM était motivée en bonne partie par la crainte de « diluer » un financement qui apparaissait avantageux par rapport aux sommes versées aux autres organismes en santé et services sociaux<sup>15</sup> (Entrevue n° 14).

De plus, un peu comme les groupes de femmes l'avaient fait, les ressources communautaires en santé mentale, notamment par l'entremise de leur regroupement, avaient réussi à avoir des antennes au Ministère à Québec. L'importance de ce type de relation avec certains interlocuteurs en poste était loin d'être négligeable pour la reconnaissance et le financement des groupes. En général, les fonctionnaires de la DSM se montraient plutôt « sympathiques » à la cause des organismes communautaires en santé mentale, certains d'entre eux allant même jusqu'à intervenir auprès des CRSSS pour régler des situations litigieuses rapportées par les groupes sur leur territoire (Entrevue n° 12, p. 12-13).

Certes, cette « sympathie » avait des limites et n'excluait pas une certaine forme de paternalisme ou de condescendance à l'occasion. Elle n'était pas non plus totalement désintéressée et s'inscrivait, dans une certaine mesure, dans le conflit larvé qui opposait le Ministère aux établissements – et notamment les hôpitaux – concernant l'échange d'information et l'obtention de crédits budgétaires (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987). Dans ce contexte, l'appui de certains fonctionnaires aux groupes communautaires apparaissait comme une réaction aux frustrations vécues dans leur rapport avec les établissements du réseau, souvent réfractaires aux directives et aux besoins d'information des fonctionnaires (Entrevue n° 12, p. 15). Cet appui permettait ainsi de « brasser » les établissements hospitaliers, de les « faire descendre de leur piédestal » en montrant que le Ministère avait aussi le loisir de financer d'autres producteurs de services. Les organismes et leur regroupement trouvaient donc une oreille attentive auprès de ces fonctionnaires. Comme l'affirmait en entrevue un ex-leader

---

15. Pourtant, les secteurs « services aux femmes » et « services à la jeunesse » se partageaient chacun un peu plus de 11 millions de dollars dans le cadre de subventions versées par le PSOC, ce qui était même légèrement au-dessus des 10 500 000 \$ octroyées aux groupes communautaires par la DSM à la même époque. Par contre, en 1988, les 45 organismes relevant du domaine de la santé mentale financés par le PSOC recevaient à peine un peu plus de 643 000 \$ alors que les 71 groupes subventionnés par la DSM se partageaient, comme nous venons de le souligner, près de 10 500 000 \$. Un rapide calcul montre que la subvention moyenne accordée par la DSM était ainsi beaucoup plus élevée que celle versée par le PSOC aux organismes en santé mentale. Cet écart important n'est certainement pas sans rapport avec la décision de ces organismes de demeurer sous la responsabilité bienveillante de la DSM.

de ces milieux, « il y avait une espèce de forme d'alliance avec ces fonctionnaires [de la DSM] qui nous donnaient de l'information, qui nous aidaient parfois à préparer notre argumentation, qui nous conseillaient. [...] Il y avait des petits alliés de ce côté-là » (Entrevue n° 12, p. 10). De manière générale, la DSM trouvait donc un « intérêt politique » à financer des groupes qui se révélaient les principaux instigateurs des pratiques novatrices dans le champ de la santé mentale, d'autant plus que certains éléments du réseau public manifestaient des résistances certaines à l'égard de l'implantation de la nouvelle Politique de 1989.

Par ailleurs, selon les informations que nous avons recueillies, même si les organismes n'étaient pas financés sur la base d'une subvention globale pour leur mission, à l'instar des dispositifs en vigueur au PSOC, mais plutôt subventionnés en fonction de leur participation au plan d'organisation de service (PROS) de leur territoire, ces plans régionaux ne sont jamais apparus très contraignants pour les groupes. La définition des services qu'ils devaient rendre dans le cadre des PROS était assez large pour inclure les principaux éléments de leur mission. En outre, aucun formulaire de demande de subvention n'était requis. La DSM exigeait seulement la production d'un rapport annuel d'activités et les subventions étaient reconduites d'année en année (Entrevue n° 12, p. 26-27). La reddition de comptes était donc minimale, ce qui ne pouvait que plaire aux organismes qui y voyaient un avantage certain, favorisant le respect de leur autonomie.

En définitive, une des choses importantes à retenir, c'est que cette nouvelle configuration des services en santé mentale, instituée à travers la Politique de 1989, par le rôle qu'elle concède aux ressources communautaires, constitue une étape cruciale vers la reconnaissance de l'ensemble du tiers secteur en santé et services sociaux. Comme le relevaient les auteurs du rapport Harnois, « c'est l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux qui est interpellé par une volonté de plus en plus manifeste de participation [des organismes communautaires] à la dispensation des services » (Harnois, 1987, p. 85). À plusieurs égards, en effet, les modalités du partenariat, établi entre l'État et les organismes communautaires en santé mentale, préfigurent des arrangements qui vont être pris au cours des années 1990 pour instaurer de nouvelles règles du jeu pour l'ensemble des organismes communautaires du domaine sociosanitaire.

#### 4. UNE DÉMARCHE DE RECONNAISSANCE ÉTAPISTE AU MSSS

Le chapitre précédent nous a montré que le MAS s'était relativement peu préoccupé de la question des organismes communautaires au cours des années 1970, sinon à la toute fin de la décennie, notamment par l'intermédiaire des deux avis publiés par le CASF (CASF, 1976; 1978a) et par sa

politique de services à domicile (MAS, 1979b). L'importance croissante de ces organismes va forcer le MSSS à prendre position de manière plus formelle au cours des années 1980, afin d'établir «de nouvelles règles du jeu» entre l'État et les organismes communautaires (Fischer et André, 1985, p. 13).

Selon certains acteurs communautaires issus de la Fédération des centres d'action bénévole, ces nouvelles règles devraient être guidées, d'une part, par «un changement d'attitude» du MAS à l'égard des organismes de la société civile afin d'établir «une relation respectueuse des spécificités et des rôles de chacun des acteurs sociaux» et, d'autre part, par «une nouvelle rationalité» faisant la promotion de la santé (plutôt que la gestion de la maladie) et de l'action bénévole comme antidote aux excès centralisateurs de l'État (Fischer et Hervé, 1985, p. 15).

Ces propos sont un exemple parmi d'autres du type de proposition véhiculée à l'époque par les organismes communautaires et bénévoles quant aux types de rapport qu'ils souhaitent établir avec le secteur public et l'orientation générale que devrait prendre le système sociosanitaire. Cet appel pour une nouvelle rationalité n'est que la transposition «profane» d'un processus que nous avons théorisé depuis le début de ces travaux comme l'introduction de nouveaux principes d'action au sein du système de santé et de services sociaux: la réciprocité, l'autonomie, l'innovation, etc. Quant au Ministère, il est bon de rappeler que, déjà, en 1984, le MAS, alors dirigé par Camille Laurin, avait délégué la sous-ministre adjointe aux Programmes de services sociaux, Jeanne D'Arc Vaillant, pour effectuer un voyage en Europe, afin «de voir jusqu'à quel point on collabore avec les organismes communautaires ou bénévoles» (Carrier, 1984, p. 46). À la suite de cette tournée, réalisée dans cinq pays européens, il apparaissait impératif pour la sous-ministre de préserver «les réseaux d'entraide naturel, les solidarités communautaires [...] qui font partie de l'essence même du tissu social» (*ibid.*, p. 47). Dans cette optique, le gouvernement devait donc permettre à ces groupes «de se développer davantage, travailler et transiger avec eux [et] faire les jonctions nécessaires» (*ibid.*).

Le successeur du ministre Chevrette en 1986, la ministre Lavoie-Roux, franchissait une étape supplémentaire dans la définition de ces rapports en exprimant le souhait «d'en arriver à articuler un continuum de services intégrés [qui regrouperait] à la fois le réseau public et ses ressources intermédiaires ainsi que les ressources alternatives» (Lavoie-Roux, 1986, p. 48). La volonté gouvernementale de créer un tel réseau intégré de services, auquel participeraient les organismes communautaires, ne date donc pas d'hier. Le modèle que la ministre avait en tête, à cette époque, pour arriver

à cette intégration – les organisations de soins intégrés de santé (OSIS) (Lavoie-Roux, 1988, p. 305) – misait toutefois sur l'instauration d'une dynamique concurrentielle entre les différents producteurs de services, ce qui n'était pas nécessairement en convergence avec l'idée que pouvaient se faire les organismes communautaires de la dynamique qui devrait unir les différents partenaires au sein du réseau.

Comme nous l'avons évoqué au début de ce chapitre, la crise socioéconomique a eu pour conséquence d'accentuer les effets pervers du providentialisme, tout en rendant plus pressante la nécessité d'élaborer de nouveaux arrangements institutionnels, notamment une nouvelle codification des rapports entre l'État et les organismes communautaires. Cette nécessité s'est fait sentir de diverses façons à l'intérieur du Ministère. La création de la commission Rochon constituait une réaction gouvernementale à ce constat d'épuisement du providentialisme. D'autres initiatives ont été prises à la même époque, cette fois en lien plus direct avec la situation des organismes communautaires. Le MSSS a ainsi commandé un certain nombre d'études pour faire le point sur cette question, en prévision de l'adoption d'un cadre de référence qui permettrait de définir le rôle des organismes communautaires au sein du système socio-sanitaire et de déterminer l'ampleur du financement qui devrait leur être accordé. Ce sont ces études, précédant le premier cadre de référence couvrant l'ensemble du tiers secteur sociosanitaire, que nous allons maintenant examiner de plus près.

#### 4.1. La définition gouvernementale de la problématique

Certains travaux à caractère sectoriel avaient déjà abordé la question du tiers secteur au cours de la première moitié des années 1980, notamment dans le secteur de l'hébergement aux personnes âgées (1984) et du maintien à domicile (1985). Mais la première véritable recherche du MSSS sur les organismes communautaires fut celle commandée à Henri Tremblay (1987), chercheur associé la Direction générale de la planification et de l'évaluation. L'objectif de cette recherche était de «clarifier les notions et les concepts qui se situent dans l'axe des ressources communautaires, alternatives et intermédiaires» (Tremblay, H., 1987, p. 12). Par cette étude, le MSSS voulait effectuer «un vaste déblayage de notions, d'enjeux, d'identification d'obstacles et d'éléments de stratégies de développement» touchant les organismes communautaires (*ibid.*, p. 14). On voulait ni plus ni moins élaborer «une problématique» des organismes communautaires qui constituerait une première étape en vue de la détermination des orientations du MSSS à leur égard.

Trois principales conclusions ont émergé de ces travaux qui ont connu une assez large diffusion à l'époque. Premier constat : la place que devrait occuper le tiers secteur dans le domaine sociosanitaire « est largement tributaire du rôle que la collectivité entend confier à son État » (Tremblay, H., 1987, p. 113). En d'autres termes, la question du rôle de ces organismes est éminemment « politique » et ne peut être détachée des débats relatifs au nouvel équilibre à atteindre entre « l'omniprésence de l'État et l'État minimal », et, par conséquent, à la place également occupée par « le privé communautaire et le privé commercial » (*ibid.*). En deuxième lieu, le rapport met en garde contre les attentes excessives que pourraient susciter les milieux communautaires et qui feraient de ces derniers « une panacée » répondant à tous les problèmes du réseau (*ibid.*, p. 114). Enfin, troisième constat : la qualité de la vie démocratique au sein de la société dépend en partie de la vitalité de ces organismes qui appartiennent « à un mouvement plus large axé sur le changement social [et] qui en fait un lieu d'expression de nouvelles valeurs » (*ibid.*, p. 115). L'auteur souligne néanmoins la fragilité de ces organismes et le peu d'espace qu'ils occupent par rapport aux enjeux qu'ils mettent au jour, ce qu'il tend à attribuer à la fragilité des consensus touchant ces enjeux<sup>16</sup>.

#### 4.2. Un premier bilan de l'aide apportée en vertu du PSOC

La seconde étape des travaux entrepris par le Ministère pour se doter d'une politique de référence envers les organismes communautaires fut la publication en 1987 d'un autre rapport de recherche traçant cette fois un état de situation des organismes subventionnés par le PSOC, et plus particulièrement ceux relevant des secteurs « services à la communauté » et « maintien à domicile » (Tremblay, J., 1987). Cette fois, la commande provient de la Direction générale de la prévention et des services communautaires, soit la direction administrative responsable du PSOC.

Ce rapport va connaître une certaine notoriété publique puisqu'il fera la une de l'édition du 9 décembre 1987 du journal *Le Devoir* (Beaulieu, 1987). Sous un titre à caractère sensationnaliste, on rapporte que ce

---

16. On serait tenté de répondre que les mouvements sociaux apparaissent toujours beaucoup plus importants que les formes organisationnelles qu'ils secrètent, ne serait-ce qu'en vertu des dimensions sociétales différentes dans lesquelles ils évoluent. Les organismes communautaires situent leur intervention au plan des pratiques concrètes, se déclinant selon des lignes de démarcation sectorielle, populationnelle ou territoriale, alors que les mouvements sociaux agissent davantage au plan des idées, des valeurs et des mentalités, à l'intérieur d'un registre à la fois social et culturel ayant par définition un caractère plus large et universel.



«document secret» fait la preuve que le gouvernement distribue annuellement aux organismes communautaires «25 millions de dollars à l'aveuglette». Mais tout compte fait, ce document n'avait rien de si explosif, sinon qu'il montrait les risques d'arbitraire liés à l'absence de politique claire et de cadre de référence dans l'octroi du financement aux organismes communautaires.

### 4.3. Une première proposition visant à définir un cadre de référence

Malgré les zones d'ombre que recèlent ces deux enquêtes et les insuffisances des analyses amorcées par rapport à l'étendue et à la complexité de leur objet d'étude, on peut considérer qu'elles ont constitué les phases préliminaires à la préparation d'un document qui sera l'ébauche d'un premier cadre de référence du MSSS s'adressant à l'ensemble des organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce document sera préparé en 1988, soit la même année que la publication du rapport Rochon. Soit dit en passant, on y retrouve bon nombre des constats contenus dans le rapport Rochon, notamment ceux touchant le partenariat souvent difficile entre le MSSS et les groupes communautaires, les effets pervers de la «complémentarité piégée», les principes différents qui fondent leurs interventions (enracinement communautaire et expérience ou études et professionnalisation) ainsi que la diversité des rapports entre les établissements publics et les organismes communautaires (Auger *et al.*, 1988, p. 7-8, 14-16, 18-20, 26).

Selon le Comité de travail chargé d'élaborer ce cadre de référence, quatre variables «fondamentales» permettent de définir les organismes communautaires, soit leur enracinement dans la communauté, leur statut d'organismes à but non lucratif, le respect de leur autonomie par la présence d'une majorité d'usagers ou de membres de la communauté aux conseils d'administration et, enfin, leur mode de production axé principalement sur le travail bénévole. Sur la question de la reconnaissance, le Comité propose l'établissement d'un «véritable partenariat» avec les organismes communautaires. Ce statut de partenaire à part entière exige la pleine participation des organismes aux tables de concertation régionale et locale en leur assurant le tiers des représentants à ces instances (Auger *et al.*, 1988, p. 23-24). Enfin, sur la question de l'évaluation, à l'instar du mémoire présenté à la commission Rochon par les fonctionnaires du PSOC (SSOC, 1986) et à la suite des tentatives plus ou moins fructueuses de la Direction de la planification (Tremblay, H., 1987) et de la Direction des services communautaires (Tremblay, J., 1987) de cerner la réalité des organismes communautaires à partir de catégories prédéterminées, calquées sur celles utilisées par le réseau public, le Comité reconnaît à son tour les difficultés insurmontables qui se présentent lorsqu'on tente d'utiliser «une typologie capable de les saisir dans toutes

leurs dimensions» (Auger *et al.*, 1988, p. 2). Les auteurs du document constatent également que si la dynamique réciprocaire constitue une dimension fondamentale des pratiques du tiers secteur, «l'action bénévole a aujourd'hui besoin dans la plupart des cas de s'appuyer sur une infrastructure organisationnelle et même sur des ressources permanentes pouvant offrir des services directs et continus à des clientèles spécifiques», ce qui ajoute une nouvelle dimension à des organisations par ailleurs déjà fort complexes (Auger *et al.*, 1988, p. 6).

Ainsi, comme le rapport de la commission Rochon, les travaux de ce Comité préparaient le terrain pour une autre initiative gouvernementale visant la construction de nouveaux rapports entre le MSSS et les organismes communautaires : le texte d'*Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux.

## 5. LE TEXTE D'*ORIENTATIONS* DE THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

La parution du rapport Rochon en 1988 a suscité plusieurs réactions, la plupart s'attachant à en souligner les faiblesses et les omissions (Bélanger, 1988; Lesemann, 1988; Lamoureux, 1988; Godbout, 1988), voire ses utopies (Robert, 1989), alors que d'autres y ont vu les assises d'un renouvellement de certaines pratiques sociosanitaires (Laforest *et al.*, 1989; Vaillancourt; 1989; Bozzini, 1990). Chose certaine, le rapport a suscité suffisamment de positions contradictoires – y compris au sein du caucus ministériel du Parti libéral – pour que la ministre Lavoie-Roux décide de prendre elle-même le pouls des acteurs sociaux concernés par la refonte du système<sup>17</sup>. C'est ainsi que la ministre annonçait une tournée

---

17. Dans un texte éditorial de la revue NPS, Yves Vaillancourt commente les contenus du texte d'*Orientations* de Lavoie-Roux ainsi que les recommandations du rapport Rochon. Selon lui, les positions exprimées dans ces deux documents représentent un compromis entre deux courants existant au sein du Parti libéral, soit, d'une part, un courant néolibéral associé aux auteurs du rapport des Sages et à des ministres comme Daniel Johnson et André Bourbeau et, d'autre part, un courant centriste auquel il associe des ministres comme Claude Ryan et Thérèse Lavoie-Roux (Vaillancourt, 1989, p. 24-28). Néanmoins, malgré les divergences qui marquent les positions politiques de ces deux groupes, un point semble les avoir unis : la nécessité de mettre un frein au développement tous azimuts de l'État-providence. À cet égard, les propos émis en 1986 par Thérèse Lavoie-Roux, que Vaillancourt associe aux positions centristes du Parti libéral, lors d'un discours prononcé devant les participants à un colloque sur les ressources alternatives et intermédiaires ne laissent planer aucun doute sur les intentions de son gouvernement : «l'État-providence, tel que nous l'avions imaginé, c'est terminé. [...] Il ne faut plus compter sur l'État-providence, il faut responsabiliser les acteurs du système de santé et de services sociaux» (Lavoie-Roux, 1986, p. 44 et 47).

de consultation pour les mois de mai et juin 1988, afin «de prendre connaissance de la portée concrète de certaines recommandations proposées par la Commission et, s'il y a lieu, de recevoir des solutions de rechange qui pourraient contribuer à court et à moyen terme à améliorer concrètement le fonctionnement et le financement du système de santé et de services sociaux» (MSSS, 1988, p. 15).

D'entrée de jeu, disons que la tournée de Thérèse Lavoie-Roux a suscité très peu d'idées nouvelles, ce qui n'est guère surprenant si l'on considère qu'elle suivait de quelques mois à peine la parution du Rapport Rochon. Les quelque 2 000 personnes et représentants venus se faire entendre ont repris sensiblement les mêmes arguments que ceux défendus lors des audiences de la commission Rochon (Vaillancourt, 1989). À la suite de cette tournée de consultations, la ministre fait paraître, en avril 1989, un document important consacré à l'amélioration de la santé et du bien-être au Québec intitulé simplement *Orientations* (MSSS, 1989c).

Ce document reprenait bon nombre des constats faits par la commission Rochon, notamment ceux selon lesquels toute transformation du système devait s'appuyer sur les acquis de la réforme Castonguay-Nepveu (en particulier sur les principes d'accessibilité et d'universalité des services) et devait favoriser l'adaptation du système aux nouvelles réalités des années 1990 (MSSS, 1989c). Le document présente huit orientations générales qui, elles aussi, sont inspirées pour une bonne part des propositions émises par la commission Rochon. Reprises de manière succincte, disons que ces orientations visent à doter le système d'objectifs précis en matière de services de santé et de services sociaux, à favoriser une plus grande participation des usagers et des producteurs de services aux décisions stratégiques ainsi qu'à instaurer un meilleur partage des responsabilités entre le Ministère, les instances régionales, les établissements publics et les organismes communautaires.

Mais la plus importante des transformations proposées par ce document est sans contredit la création des régies régionales. Cette initiative n'était pas une idée neuve puisqu'elle constituait déjà l'une des principales recommandations émises par la commission Rochon un an plus tôt dans le cadre de son projet de décentralisation des services<sup>18</sup>. Le Ministère justifiait la création de ces nouvelles institutions régionales par sa volonté de raffermir le pouvoir démocratique des usagers et des citoyens sur le réseau. De fait, le document met de l'avant de nouveaux processus électifs aux conseils d'administration des établissements et des régies régionales. Ces

---

18. Le document d'orientations ampute toutefois les régies régionales du pouvoir de taxation que la commission Rochon aurait souhaité leur accorder.

dernières seront pourvues de conseils d'administration élus par des collègues électoraux, à la suite d'un processus assez complexe qui va susciter d'ailleurs maintes critiques.

Le document d'*Orientations* propose donc que chacune des régions sociosanitaires soient pourvues d'une régie régionale. Ces nouvelles instances vont constituer le cœur de la réforme et vont désormais agir «comme véritables maîtres d'œuvre du développement et de la gestion des services en santé et services sociaux» (MSSS, 1989c, p. 107). Les nouvelles régies régionales vont ainsi se substituer aux CRSSS, tout en étant dotés de pouvoirs beaucoup plus étendus. Elles vont notamment avoir la responsabilité de la programmation des services ainsi que celle de l'allocation et du contrôle budgétaires sur leur territoire, et ce, tant auprès des établissements publics que des organismes communautaires (MSSS, 1989c, p. 109). Concrètement, cela signifie la régionalisation du PSOC et la mise en application d'une politique de décentralisation par programme, un peu à l'image de ce qui s'était fait pour les groupes en santé mentale.

Incidemment, à l'instar de la commission Rochon, qui avait consacré un chapitre de son rapport aux organismes communautaires, le document d'*Orientations* de Lavoie-Roux énumère dans un chapitre un certain nombre de règles qui devraient régir les rapports entre le MSSS et ces organismes (MSSS, 1989c, chap. 4). La définition qu'il donne reprend d'ailleurs plusieurs éléments déjà contenus dans ce rapport ainsi que dans le document du groupe de travail sur le cadre de référence (Auger *et al.*, 1988), à savoir que les organismes communautaires sont des groupes engagés dans leur milieu qui :

- définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches ;
- réalisent soit des activités bénévoles, soit des activités partiellement rémunérées mais sans but lucratif dans le domaine de la santé et des services sociaux ;
- sont incorporés en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies ;
- ont un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs ou de membres de leur communauté (MSSS, 1989c, p. 82).

Le texte reconnaît donc l'autonomie et la spécificité de ces organismes, ce qui permet de les distinguer des ressources intermédiaires, une revendication chère aux promoteurs de certains groupes communautaires (Entrevue n° 1). Cette définition reconnaît également la pertinence de soutenir indistinctement les groupes de services, les groupes bénévoles et les groupes de défense de droits. L'ensemble de ces mesures va permettre

aux organismes communautaires, selon le MSSS, d'acquiescer « un statut de partenaires associés à la poursuite d'un objectif commun : l'amélioration de la santé et du bien-être de la population » (MSSS, 1989c, p. 82).

Quant aux mesures de financement, elles se présentent sous la forme d'une subvention triennale qui devrait contribuer à résorber l'insécurité et les problèmes de planification liés aux subventions annuelles non récurrentes. Elles prennent aussi la forme d'un transfert vers les instances régionales des budgets destinés aux groupes communautaires. Cette dernière mesure devrait permettre « d'assouplir les modalités d'attribution des subventions et de rapprocher le processus de décision de l'action » (MSSS, 1989c, p. 84). En revanche, en conformité avec une proposition soumise par le groupe de travail sur le cadre de référence, les regroupements d'organismes communautaires devaient être financés par leurs membres.

Avec la publication de ce document, qui va finalement donner lieu à la présentation d'un avant-projet de loi en juin 1989 (Gouvernement du Québec, 1989), on entre dans une nouvelle phase de l'évolution du modèle québécois de développement social. Ce texte d'*Orientations* représente en effet la première proposition globale de solution à la crise du providentialisme visant la modification de certaines règles du jeu dans le domaine sociosanitaire. Ce n'est pas en vain que la ministre et le sous-ministre de l'époque répètent à satiété que cette réforme va se réaliser en veillant à préserver les acquis du système ainsi qu'en continuité avec la réforme Castonguay-Nepveu (Lavoie-Roux, 1989a et b; Cantin, 1989). L'application de nouveaux principes d'action, à travers la réforme proposée, met en place les conditions d'un rééquilibrage des rapports de pouvoir au sein du réseau, du moins entre le central et le régional, ce qui peut être jugé menaçant par certains acteurs sociaux. On peut penser que les appels lancés par la ministre et le sous-ministre visaient précisément à apaiser ces craintes.

De manière générale, cette proposition de réforme montre la volonté gouvernementale de mettre en application certains principes d'action que la commission Rochon avait jugés marginaux (la réciprocité, l'innovation et le réseautage) ou qui avaient été malmenés dans le système (la participation citoyenne) depuis la réforme Castonguay-Nepveu. Elle s'appuie également sur les travaux réalisés par certains chercheurs rattachés au MSSS – travaux que nous avons examinés précédemment (SSOC, 1986; Tremblay, H., 1987; Tremblay, J., 1987; Auger *et al.*, 1988) – qui ont proposé un nouveau partenariat avec les organismes communautaires. Les nouvelles idées contenues dans le document d'*Orientations* montrent que certaines valeurs véhiculées par les tenants de la critique artiste ont pénétré à divers degrés le MSSS et le gouvernement du Parti libéral. Cette influence est manifeste

en raison non seulement de la nouvelle reconnaissance acquise par les organismes communautaires, mais aussi des avancées timides, quoique réelles, faites par les médecines douces (notamment l'instauration de projets pilotes pour les sages-femmes) (MSSS, 1989c, p. 57-58) et l'expression d'un certain nombre de propositions visant l'assouplissement de l'organisation du travail (réduction du nombre de titres d'emploi, encouragement aux ententes locales et régionales, allègement de la réglementation professionnelle, etc.) (MSSS, 1989c, p. 71). Néanmoins, certaines règles du jeu très structurantes pour le système, comme les formes de rémunération des médecins<sup>19</sup>, ne font l'objet d'aucune mesure précise, sinon leur renvoi dans le cadre de négociations sectorielles avec les corporations professionnelles concernées (MSSS, 1989c, p. 117-118). Ce faisant, on diminue la portée des autres politiques adoptées qui, même modestes, avaient tout de même le mérite de s'attaquer aux stratégies contre-productives héritées d'une organisation hiérarchique des services (monde domestique) et des réseaux d'influence corporatiste (monde de l'opinion).

D'ailleurs, l'analyse des années 1990 montrera que rien n'est jamais facile lorsqu'il est question de changement et de transformation au sein du système sociosanitaire. Les forces d'inertie y sont puissantes et les intérêts de plusieurs producteurs de services entrent souvent en contradiction avec ce qui peut apparaître intéressant sur papier. Toutefois, l'essentiel pour le moment est de prendre acte des initiatives visant à établir un nouveau compromis pour faire disparaître les vestiges persistants de conventions hiérarchiques et traditionnelles au sein du système sociosanitaire (un des principaux constats de la commission Rochon), notamment par l'application d'une gestion par programme en remplacement des anciennes formes de gestion axées davantage sur la programmation des établissements. Les objectifs de ces programmes seront à leur tour déterminés par l'établissement d'une nouvelle politique de santé et de bien-être (PSBE) axées sur les déterminants de la santé (MSSS, 1989c, p. 15-36), à l'image de ce qu'avait encore une fois proposé le rapport Rochon (Rochon, 1988, p. 690).

En définitive, on tente d'apporter des changements au système en appliquant, d'une manière encore plus rigoureuse, les principes de contrôle et d'efficacité à l'organisation des services (monde industriel) à travers une nouvelle synergie entre les établissements (monde

---

19. À cet égard, le rapport Rochon proposait un financement des ressources médicales sur la base d'une rémunération mixte (salariale et à l'acte) variable selon les lieux de pratique (clinique privée ou établissement public) et les tâches assumées au sein des institutions publiques (pratiques médicales ou tâches administratives) (Rochon, 1988, p. 671-673).

connexionniste). Cet effort de rationalisation se traduit, au sommet, par l'imposition d'un nouveau dispositif dans lequel l'efficacité des services est désormais évaluée dans le cadre des objectifs de la PSBE et, à la base, par la détermination d'une programmation locale et régionale où la proximité des dispositifs avec les usagers devrait faire coïncider, avec une plus grande justesse, l'offre et la demande de services. C'est surtout à travers ce dernier volet de son plan d'action que le gouvernement souhaite mettre à profit les pratiques mises en œuvre par les organismes communautaires.

Dès lors, une nouvelle forme d'institutionnalisation voit le jour, par laquelle les organismes conservent leur statut d'OBNL et donc leur existence propre et distincte, tout en s'engageant dans un processus de rapprochement avec le réseau public qui leur confère, selon l'expression du MSSS, un statut de «partenaire» à part entière. Dans le cadre de ces nouveaux arrangements, le rôle politique joué par le PSOC prend une dimension nouvelle et cruciale, puisque le financement à la mission globale, proposé aux organismes communautaires, devient garant de la préservation de l'autonomie des groupes et de leur indépendance par rapport aux priorités gouvernementales. En d'autres termes, c'est la garantie d'octroi d'un financement stable (du moins une portion de ce financement), dégagé de toutes contraintes contractuelles, qui va permettre aux organismes d'assumer pleinement ce rôle de partenaire et d'être en mesure de négocier les conditions des partenariats proposés avec le réseau public.

Si cette nouvelle configuration propose aux groupes communautaires des arrangements qui leur paraissent tout de même acceptables au plan de certains principes – quoique discutables sur d'autres et insuffisants au plan des moyens, notamment sur les conditions du partenariat proposé (David, 1991) –, elle laisse entier le problème de l'articulation des pratiques au plan organisationnel. Deux dynamiques contradictoires et potentiellement conflictuelles sont donc à l'œuvre dans cette réforme, l'une cherchant à préserver les conditions de l'autonomie d'orientation et d'organisation des groupes communautaires, l'autre visant à mettre en place une structure de coordination intégrée de services faisant appel à l'ensemble des producteurs de services œuvrant dans le système (secteurs public, privé et communautaire). Les tensions qu'elles vont engendrer au sein du nouveau modèle en émergence vont se révéler graduellement au cours des années 1990 et venir, encore une fois, ébranler les termes du compromis entre le MSSS et les organismes du tiers secteur communautaire.





## CHAPITRE 7

# LA CONSOLIDATION DU PSOC AU SEIN D'UN MSSS EN TRANSFORMATION

On assiste, au cours des années 1980, à une évolution des politiques du MAS par rapport aux organismes bénévoles qui vont désormais au-delà de la simple assistance financière. Le Ministère cherche ainsi à intégrer davantage leur action dans le cadre de sa planification de services, notamment en créant un système d'information sur les organismes et en mettant sur pied un projet de formation s'adressant aux bénévoles et aux permanents des organismes. Ces initiatives tranchent avec l'attitude adoptée auparavant par le Ministère à l'égard des organismes communautaires. Jusque-là, l'implication du MAS dans ce domaine se limitait en effet à l'assistance financière.

Ces nouvelles orientations envers les organismes communautaires font partie d'un mouvement de transformation plus vaste qui aura des répercussions sur l'ensemble des structures organisationnelles du Ministère. Elles auront également des implications sur les formes de coordination présidant aux rapports entre le Ministère et les organismes communautaires ainsi que sur l'évolution du financement accordé à ces organismes. Le chapitre 7 sera ainsi l'occasion d'interpréter les transformations organisationnelles survenues à la fois au sein du MAS-MSSS en

général et du PSOC en particulier. Nous étudierons également de manière exhaustive l'évolution du financement octroyé aux groupes communautaires à partir du PSOC. Nous terminerons en jetant un regard comparatif sur l'évolution des sommes versées par le PSOC, eu égard aux autres sources de financement utilisées par les organismes du tiers secteur communautaire. Cette opération nous permettra de faire un certain nombre de remarques sur cette évolution.

## 1. LES SIGNES AVANT-COUREURS D'UNE TRANSFORMATION

La crise du début des années 1980 aura une incidence importante sur l'organisation des services et les structures du système sociosanitaire. Signe manifeste de l'importance accrue prise par la question budgétaire, le MAS crée en 1981 la Direction générale du budget des contrôles financiers dans le but « d'améliorer les fonctions de planification, de programmation et de contrôle budgétaire » (MAS, 1982, p. 37). Au même moment, le gouvernement québécois prend la décision de transférer au nouveau ministère du Travail, de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, l'administration et les budgets relatifs aux divers régimes de compensation de revenu (aide sociale, allocation familiale et assistance-maladie). Cette décision n'est pas anodine puisqu'elle implique des transferts financiers importants, au moment où les coûts liés à l'aide sociale connaissent une forte croissance en raison de la crise de l'emploi. Concrètement, c'est plus de un milliard de dollars supplémentaires qui vont désormais transiter par ce nouveau ministère<sup>1</sup>.

Toujours en 1981-1982, après un moratoire qui aura duré quatre ans, le MAS décide de parachever le réseau des CLSC afin d'étendre le réseau de ces établissements à l'ensemble du territoire québécois (MAS, 1982, p. 55-57). Ce développement, financé en partie par des compressions effectuées dans les CLSC déjà ouverts, faisait suite à la publication de la politique de services à domicile de 1979 qui reconnaissait les CLSC comme principaux maîtres d'œuvre des services à domicile au Québec (MAS, 1979b). Cette décision allait avoir un effet considérable sur l'essor de certains types d'organismes communautaires en raison, d'une part, des rapports souvent étroits qui unissaient les CLSC avec les organismes communautaires de leur territoire (Favreau et Hurtubise, 1993) et, d'autre part, de l'incomplétude de la programmation des nouveaux CLSC, notamment

---

1. Ce transfert majeur aura des incidences sur nos travaux puisqu'il introduit un élément de discontinuité qui interdit les comparaisons avec certaines données financières des années 1970, notamment en ce qui concerne la part du budget du ministère accordé au PSOC. Il faudra en tenir compte dans nos analyses ultérieures.

en matière de services d'aide à domicile, ce qui ouvrait des perspectives de développement de services pour les organismes du tiers secteur (mais aussi du secteur marchand) désirant occuper un champ délaissé partiellement par le secteur public (Vaillancourt et Jetté, 1997). Ce parachèvement prépare également la voie au difficile transfert d'effectifs et de ressources financières des CSS vers les CLSC (Carrier, 1984), dont le déroulement va constituer un avant-goût des résistances manifestées par certains acteurs du système à l'égard des transformations en cours dans le réseau<sup>2</sup>.

L'année 1982-1983 va également constituer une année charnière en matière budgétaire puisque des compressions importantes affectant les budgets de développement des établissements vont s'effectuer cette année-là, en sus des coupures touchant la rémunération des employés du réseau public (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 20). Pourtant, certains programmes, tel le programme de services à domicile, ne vont pas être soumis aux mêmes contraintes financières et vont même bénéficier d'un accroissement de leur budget au cours de cette période (MAS, 1982, p. 59). C'est aussi à cette époque que le Ministère amorce un processus de rationalisation des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire québécois (MAS, 1983, p. 44). Bref, on commence à prendre conscience des coûts engendrés par les effets pervers du providentialisme – et de son corollaire, l'hospitalocentrisme – et on tente d'y remédier par diverses mesures.

Certes, ces initiatives restent timides et n'amènent pas un changement de direction radical au système sociosanitaire. Elles se traduisent plutôt par un ralentissement des dépenses accordées aux soins curatifs et institutionnels afin de favoriser, ne serait-ce que modestement, les services de première ligne et les initiatives visant le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel. Le changement se situe donc encore davantage au plan symbolique, même si certaines décisions tendent à favoriser un renouvellement des pratiques, comme dans les services à domicile ou les services en santé mentale par exemple. D'ailleurs, pour donner une idée plus juste des sommes en jeu, notons que le programme de services à domicile ne représente au total qu'environ 60 millions de dollars au début des années 1980 – somme à laquelle il faut ajouter un peu plus de trois millions de dollars distribués aux organismes communautaires – sur un budget global de plus de 4 750 000 \$ du Ministère (soit 13% du budget) alors qu'à eux seuls, les services en milieu hospitalier se chiffrent à plus de 3 milliards de dollars, soit presque les deux tiers du

---

2. Rappelons que ce transfert fera l'objet d'un moratoire sur le territoire de Montréal jusqu'en 1993.

budget du MAS (MAS, 1982, p. 50). On est donc encore loin d'une politique rétablissant un équilibre dans le réseau entre les services préventifs et les services curatifs.

Néanmoins commencent à apparaître, ici et là, certains signes avant-coureurs des changements plus importants qui vont survenir au tournant des années 1990 et par lesquels on va tenter d'introduire ou de soutenir certains principes d'action jusque-là absents ou marginalisés dans le système. Ainsi, c'est en 1985-1986 que le Ministère abandonne la dénomination de « soutien aux organismes bénévoles » pour son unité administrative responsable des groupes communautaires pour la remplacer par celle de « soutien aux organismes communautaires » (MSSS, 1986a, p. 14). Cette nouvelle désignation marque une évolution dans la façon d'appréhender la réalité de ces organismes, perçus pendant longtemps presque uniquement sur la base de leurs actions bénévoles. On peut penser que le remplacement du concept « d'organismes bénévoles » par celui « d'organismes communautaires » témoigne également d'une nouvelle ouverture aux divers principes d'action à l'origine de leurs pratiques (principes de participation citoyenne et d'innovation). Un nouveau directeur est aussi nommé au PSOC, en 1988, en la personne de René Rouleau en remplacement d'Albini Girouard, en poste depuis les tout premiers débuts du programme en 1973 (MSSS, 1988, p. 28). Par ailleurs, avec le transfert complet des programmes de compensation du revenu vers un autre ministère, le ministère des Affaires sociales est mûr lui aussi pour un changement de dénomination et devient, en 1986, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1986a), désignation sous laquelle on le connaît encore aujourd'hui.

Mais les changements entrepris ne sont pas que cosmétiques. Le Ministère adopte en 1984 un règlement sur l'organisation et l'administration des établissements publics et privés dont les dispositions prévoient notamment la détermination plus stricte des critères d'entrée et de sortie ainsi que de transfert des usagers au sein des divers types d'établissement du réseau. Il prévoit en outre « des rapprochements organisationnels entre les CRSSS, les CLSC, les CSS, les centres d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée pour obtenir un réseau plus intégré et mieux coordonné » (MAS, 1985a, p. 12). À l'évidence, ces mesures tendent vers une plus grande coordination du palier régional et sont annonciatrices des formes institutionnelles à venir qui vont aller dans le sens d'une plus grande décentralisation du système sociosanitaire. Par l'adoption de nouvelles règles administratives, on souhaite mettre en place les conditions nécessaires à l'établissement d'un « réseau intégré de services » auquel participeraient les organismes communautaires et les autres producteurs de services. À cet égard, la ministre Lavoie-Roux déclare en 1986 qu'elle ne peut faire de promesse à court terme, ni l'annonce d'une politique qui viendrait

concrétiser cette vision de l'organisation des services. Cependant, elle souhaite, par ses remarques et certaines dispositions réglementaires, lancer le débat afin de faire avancer la réflexion sur cette question (Lavoie-Roux, 1986, p. 48-50)<sup>3</sup>.

La seconde moitié des années 1980 voit les réformes s'accélérer. En 1987, on assiste à une vaste réforme administrative qui a pour conséquence la restructuration du Ministère avec la création de sept directions générales en remplacement des six existantes auparavant (MSSS, 1987, p. 13-14). Le PSOC est alors intégré à une nouvelle direction générale appelée « prévention et services communautaires », elle-même subdivisée en trois entités administratives, soit « santé publique », « communauté, famille et jeunesse » et « liaisons ». Le PSOC fait partie de ce dernier programme appelé « Liaisons », par lequel le Ministère tente d'intégrer des considérations d'ordre régional à ses structures décisionnelles. Comme on le voit, la mise en place de cette réforme n'accorde pas de visibilité beaucoup plus grande ou une position stratégique plus enviable au PSOC à l'intérieur du Ministère. Il demeure un élément de programme assez marginal au sein de l'organigramme du MSSS, ce qu'avaient déjà mis en évidence les entrevues réalisées avec les fonctionnaires que nous avons interrogés (Entrevues n° 8, n° 14 et n° 33).

Quoi qu'il en soit, plusieurs des modalités de cette réforme administrative ne sont pas étrangères aux travaux de la commission Rochon, amorcés en 1985, notamment celles concernant la recherche d'une nouvelle approche par programme, le développement de nouveaux systèmes d'information permettant de mieux évaluer les résultats pour la clientèle, le soutien plus grand à la recherche, etc. (MSSS, 1987a, p. 13-15). L'imputabilité régionale, un thème cher aux commissaires, fait de plus en plus d'adeptes et transparait sur les nouvelles orientations du Ministère en matière d'organisation des services. On cherche également à réorienter le

---

3. Est-il nécessaire de rappeler que ce concept de services intégrés est devenu un enjeu majeur des rapports entre les organismes communautaires et le MSSS au cours des années 1990? Comme quoi, les transformations amorcées dans un ministère de la taille de celui de la Santé et des Services sociaux ne s'opèrent pas en un clin d'œil, et doivent être envisagées sur une échelle de temps de longue durée. À ce sujet, il est intéressant de noter que l'ex-président de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et ex-ministre de la Santé et des Services sociaux sous le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard, Jean Rochon, affirmait sur la foi de sa longue expérience dans le réseau lors d'une allocution prononcée dans le cadre d'un forum organisé par l'Association des CLSC et des CLHSLD en novembre 2003 à Montréal, que les transformations au sein du système sociosanitaire se réalisent en général sur une période de quinze à vingt ans. Sans être un énoncé scientifique, il n'en reste pas moins que cette observation semble en tout cas se vérifier dans le cas des réseaux intégrés de services.

mode d'allocation des ressources en fonction «des consommateurs de services et des caractéristiques de ces consommateurs plutôt qu'en fonction des caractéristiques des producteurs» (Lavoie-Roux, 1988, p. 121). C'est ainsi que, coup sur coup, le Ministère annonce la formation d'une série de plans régionaux d'organisation de services (PROS) en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et en toxicomanie (MSSS, 1988, 1989a, 1990a). Ces PROS fonctionnent à partir de tables régionales et locales de concertation auxquelles sont invités à participer les organismes communautaires. Leur cohésion et leur vitalité vont toutefois varier selon les régions et les secteurs d'intervention. Néanmoins, ils sont la manifestation d'une volonté de dépassement des dispositifs centralisés providentialistes. À plusieurs égards, on peut donc dire que les diverses réformes organisationnelles mises en place au cours des années 1980 sont le prélude aux réformes des formes institutionnelles qui vont avoir lieu au tournant des années 1990 (MSSS, 1987a, p. 13).

L'évolution des structures organisationnelles du PSOC illustre bien ce phénomène. En 1980-1981 et 1981-1982, le MAS met en usage une nouvelle nomenclature des organismes financés par son programme de soutien aux organismes bénévoles qui est désormais divisé en quatre catégories : associations bénévoles (ou centre de bénévolat), organismes communautaires (ou organismes de promotion et de services communautaires), centres de dépannage pour femmes en difficulté et maisons ou centres de jeunes (MAS, 1981, p. 75-76 ; 1982, p. 64-66). En 1982-1983, le MAS revient à trois catégories : les organismes de promotion et de services à la communauté, les centres de dépannage pour femmes en difficulté et les maisons et centres de jeunes (MAS, 1983, p. 26-27). En 1984-1985, on ajoute une quatrième catégorie : les organismes bénévoles de maintien à domicile (MAS, 1985a, p. 29). Cette typologie des organismes sera conservée jusqu'à la fin de la décennie, soit jusqu'à la veille du processus de régionalisation que connaîtra le Ministère et le PSOC au début des années 1990. Les efforts de rationalisation du MAS-MSSS au cours des années 1980, afin de rendre plus efficace et transparent le processus d'allocation des subventions versées aux organismes communautaires, connaissent donc leur aboutissement à la fin de la décennie.

Avec les nouvelles propositions de régionalisation émanant du texte d'*Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux, le MSSS entre effectivement dans un processus de réformes qui aura des répercussions majeures sur l'organisation administrative du PSOC. Cette proposition de régionalisation, et les réformes qui vont suivre, marque ainsi une étape importante de l'évolution du Ministère. Elle sera analysée dans les chapitres consacrés aux années 1990.

## 2. DE NOUVEAUX PRINCIPES D'ACTION AU SEIN DU MAS-MSSS ET LEUR INCIDENCE SUR LE PSOC

Si l'on se rappelle les remarques formulées au chapitre précédent, un des faits marquants de l'organisation des services au cours des années 1970 aura été l'implantation du Planning, Programming, Budgeting System (PPBS) au MAS (voir le chapitre 3, p. 77-78). Ce nouveau système de gestion devait assurer une allocation plus efficace des ressources aux diverses composantes du Ministère en établissant un rapport direct entre l'octroi de ces ressources et les objectifs fixés en matière de santé et de bien-être. Dès la fin des années 1970, le Conseil du Trésor, principal artisan de l'implantation de ce système, faisait le constat à la fois de l'échec et de l'abandon progressif de tous les dispositifs associés au PPBS au sein du MAS (ainsi qu'au sein de l'ensemble de l'appareil gouvernemental) (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 19).

Deux raisons principales expliquent cet échec. D'abord, l'absence de mesures d'évaluation des services et des pratiques financés à partir des budgets alloués fait en sorte qu'il devient impossible de mettre en perspective les choix budgétaires avec les résultats obtenus en termes de santé et de bien-être de la population. En second lieu, malgré l'adoption, au début des années 1970, d'un processus d'allocation de ressources par programme – visant à favoriser la complémentarité des missions entre les divers établissements du réseau, préalable à la mise en application d'une approche globale de la santé et du bien-être telle qu'elle a été prônée par la réforme Castonguay-Nepveu –, l'évolution des processus budgétaires s'est plutôt distinguée par un retour aux pratiques en vigueur précédemment, soit l'octroi des budgets selon les diverses catégories d'établissements. Résultat : au milieu des années 1980, malgré le maintien d'une appellation dite « de budget par programme », on retrouve en réalité une structure budgétaire correspondant grosso modo aux différentes catégories d'établissements du réseau public (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 100-103).

Cette incapacité du système à s'adapter à de nouvelles normes budgétaires découle, d'une part, du maintien d'une structure organisationnelle fondée sur les diverses catégories d'établissements (CH, CH, CSS, etc.) et, d'autre part, sur le caractère fondamentalement concurrentiel des rapports qu'entretiennent ces établissements pour le partage des ressources<sup>4</sup>.

---

4. Une concurrence fondée non pas sur leur performance budgétaire ou sur l'amélioration de la santé et du bien-être des populations desservies, mais plutôt sur leur capacité d'influencer le Ministère afin d'obtenir les crédits budgétaires estimés nécessaires pour accomplir leur mission.

Or, l'influence que parvient à exercer chacune des catégories d'établissements par leurs regroupements respectifs varie d'un secteur à l'autre, les centres hospitaliers y exerçant un rôle prépondérant, notamment en raison de la présence dominante des membres de la profession médicale. Comme le rapportaient des fonctionnaires interrogés par une équipe de chercheurs œuvrant pour la commission Rochon en 1987 : «le secteur santé pénètre mieux les décisions politiques... y compris les hauts fonctionnaires du Trésor, que le secteur social» (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 71).

Signalons, au passage, qu'au cours des années 1980, l'attribution des budgets de développement repose encore sur des motifs politiques et vise principalement à permettre au gouvernement en place «d'acheter la paix» sociale. C'est ainsi que, dans le cadre de l'une des trois opérations budgétaires réalisées au cours des années 1980 visant à consolider les déficits accumulés des hôpitaux, un fonctionnaire du MSSS affirmait que si «l'on a été capable de mettre 133 millions pour satisfaire une clientèle, celle des centres hospitaliers, [c'est] parce c'est celle-là qui grouillait. On aurait pu le mettre ailleurs». De plus, ce fonctionnaire jugeait que «les hommes politiques ont toujours peur de l'AHQ... Pour répondre aux propositions, aux cris que l'AHQ fait, nous sommes mal organisés au Ministère» (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 72-73). Ce qui faisait dire aux auteurs de la recherche, en conclusion de ces témoignages :

Autonome et jouissant d'un inéluctable pouvoir de compétence, le monde médical a su se doter de mécanismes légaux, corporatifs, syndicaux et organisationnels puissants et sophistiqués qui lui assurent au sein du réseau, outre un statut particulier, une certaine immunité face aux pressions, principalement économiques du système (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 157).

Quinze ans plus tard, nous avons retrouvé sensiblement le même type d'argumentation chez certains fonctionnaires du PSOC qui mettent en relief la prépondérance du rapport de force politique que les centres hospitaliers ont su développer et mettre à profit dans les tractations menant à la ventilation budgétaire du Ministère. Ces établissements vont faire une dure concurrence aux autres acteurs du réseau, moins influents, comme les responsables du PSOC, qui cherchent eux aussi à convaincre les instances administratives et politiques de la justesse de leurs demandes budgétaires. Comme nous le révélaiement en entrevue certains fonctionnaires du PSOC, une dynamique asymétrique s'est installée au MSSS quant à l'influence des différents producteurs de services dans le système sociosanitaire : «Quelqu'un qui travaille du côté de la médecine, des hautes technologies, ça fait comme plus valorisant tandis que



les organismes communautaires, c'est associé à service social, des gens plus démunis, ce qui souvent laisse de la place à des préjugés» (Entrevue n° 8, 2002, p. 33).

La profession médicale et les centres hospitaliers sont donc en mesure d'occuper une position dominante dans le système, en raison notamment du prestige dont jouit la pratique médicale au sein de la société et de la maîtrise de technologies complexes se prêtant mal aux débats et à la critique publics. Mais comme le laissent entendre ces derniers témoignages, cette suprématie dont bénéficient les milieux médicaux grâce à leur maîtrise d'un ensemble de dispositifs techniques (monde industriel) n'explique pas à elle seule leur position dominante dans le système. Pour asseoir cette reconnaissance, ces acteurs doivent également faire jouer leur état de supériorité dans l'opinion publique (monde de l'opinion); ils doivent compter sur l'aura de respectabilité dont ils sont enveloppés auprès des diverses composantes de la société. Dans ce cas, c'est la renommée de leur profession, les investissements déjà consentis à la santé par l'État et le contrôle exercé sur un ensemble de ressources, plus encore que leur savoir-faire et l'efficacité de leurs pratiques, qui font office de jugement et d'évidence et qui viennent raffermir leur position dominante dans le système. Voici comment un autre fonctionnaire du PSOC nous expliquait en entrevue sa perception du jeu stratégique de l'acteur médico-hospitalier au sein du Ministère :

Les chefs de service [du PSOC] faisaient des efforts dans ce sens-là [pour obtenir des budgets] mais, à mon point de vue, ça n'a pas toujours été très probant. [...] C'était un peu comme une logique qui dit qu'on va en donner quand ça va crier fort. [...] On se disait que les gestionnaires qui gèrent des centres hospitaliers, des centres d'accueil, ils gèrent [des grosses sommes]. Le budget du Programme de soutien, ce n'était pas [grand-chose]... Mettons que ce qui était sérieux, c'était le réseau public. Les organismes communautaires, ce n'est pas tout le monde qui a une approche positive, il y a des préjugés. Il a fallu faire un travail (Entrevue n° 14, 2002, p. 22).

En d'autres termes, faute d'avoir réellement pu modifier les règles du jeu, établies sur la base d'une priorisation du système hospitalier, la dimension organisationnelle du réseau n'a pu évoluer dans la direction qu'aurait souhaitée la commission Castonguay-Nepveu, c'est-à-dire vers une complémentarité plus poussée des divers établissements du réseau et le développement d'un réseau public de services de première ligne (notamment par les CLSC). L'organisation du système est plutôt restée prisonnière des conduites historiques et des habitudes acquises au fil des années par les divers acteurs sociaux impliqués dans son fonctionnement et son évolution

(gestionnaires, syndicats, regroupements de professionnels, etc.). Elle renforce alors les assises d'un modèle hospitalocentrique axé sur la prestation de services médicaux de seconde ligne, ce qui tend, évidemment, à défavoriser les organismes communautaires qui investissent davantage le créneau des services préventifs et de première ligne<sup>5</sup>.

Dans le contexte de crise des finances publiques qui prévaut au début des années 1980, ce modèle hospitalocentrique accapare une portion croissante des ressources financières du gouvernement. En conséquence, on assiste, de 1982 à 1985, sous le gouvernement péquiste, à l'accroissement du rôle de surveillant financier joué par le Conseil du Trésor, dans un contexte marqué par d'importantes restrictions budgétaires<sup>6</sup>. Cette redistribution des pouvoirs et des responsabilités en faveur du Conseil du Trésor avait pour objectif de mener à terme un ambitieux programme de rationalisation budgétaire. À partir de cette date, le Conseil du Trésor devient en effet le principal contrôleur des budgets qui sont accordés sur une base annuelle aux différents ministères, y compris au MAS-MSSS. Cette allocation s'effectue à partir d'analyses et de prévisions portant sur un ensemble d'indicateurs macroéconomiques: croissance du PIB, niveau de taxation, cote financière du gouvernement sur les marchés financiers, etc. En outre, 15 analystes sont affectés en permanence aux questions budgétaires de la mission sociale du gouvernement, ce qui permet au Conseil du Trésor de disposer de ses propres sources d'information lorsque vient le temps de négocier avec le MAS-MSSS l'ampleur des budgets de développement qui lui seront accordés ou, à l'inverse, de fixer la hauteur des coupures budgétaires qui lui seront imposées<sup>7</sup>. Ce pouvoir accru dévolu au Conseil du Trésor, et les modes de calculs empruntés pour déterminer les budgets alloués au MAS-MSSS, auront

---

5. À cet égard, cette dynamique hospitalocentrique tend également à marginaliser, au sein du système, des établissements de première ligne comme les CLSC, faiblement investis par l'acteur médical.

6. À noter que c'est à partir de 1982 que sont scindés les postes de président du Conseil du Trésor et de ministre des Finances. Rappelons également que c'est au cours de l'année financière 1982-1983 qu'est effectuée une importante coupure dans la masse salariale des employés du secteur public.

7. Autre signe de l'importance prise par le Conseil du Trésor au cours des années 1980, le nombre de fonctionnaires rattachés à cette instance passe de 34, au début des années 1970, à 284 au milieu des années 1980 (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 123).

pour effet de «renforcer à ce niveau la prééminence du discours [à propos des] ressources sur celui des besoins et des priorités sociosanitaires» puisque l'enjeu clé du Conseil reste l'atteinte de l'équilibre financier (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 123).

Puisque le Conseil du Trésor est incapable d'évaluer avec précision le rapport existant entre l'ampleur des budgets accordés aux divers établissements et leur effet sur la santé et le bien-être des populations, l'accroissement de son rôle peut être perçu comme une tentative gouvernementale de procéder à un encadrement serré des ressources investies en amont du processus de production des services. Le gouvernement tente alors de compenser son absence de contrôle et d'évaluation sur «l'output» des services par la multiplication de directives et de règlements visant à contrôler les «inputs» du système, soit les ressources accordées pour la production de ces services. Si cette initiative semble avoir constitué la principale action gouvernementale en matière de planification financière pour le développement du réseau, l'État québécois ne semble pas pour autant avoir abandonné l'idée de disposer d'un bulletin d'évaluation des stratégies mises en place dans le domaine sociosanitaire pour assurer la santé et le bien-être des populations. Des mesures sont aussi prises au début des années 1980 afin de remédier à cette absence de mesures de contrôle et d'évaluation sur «l'output» des services.

C'est ainsi que le MAS va créer en mars 1982 la Direction de l'évaluation des programmes. Cette nouvelle direction a pour objectif d'évaluer «la pertinence et la cohérence des choix et des interventions du ministère des Affaires sociales, l'efficacité des programmes ou l'atteinte des objectifs ainsi que l'utilité et le rendement global pour la population» (Bergeron, 1985, p. 34). La création de cette nouvelle direction constituait, en quelque sorte, une autre réponse apportée par la machine administrative afin de pallier l'échec de l'application du PPBS. Cette nouvelle orientation aura des incidences sur les rapports entre l'État et les organismes communautaires puisque c'est sous la responsabilité de cette nouvelle direction que vont s'amorcer les premières études du MAS-MSSS sur le tiers secteur (Tremblay, H., 1987; Tremblay, J., 1987). Il faut rappeler ici que les recherches de H. Tremblay (1987) et de J. Tremblay (1987), que nous avons décrites à la section précédente, ont tenté d'appliquer une classification des groupes sur la base de cibles cibles, mais cela s'est avéré impossible compte tenu de la nature même des organismes et des formes d'intervention qu'ils pratiquent (Tremblay, J., 1987). Cette tentative d'appréhender les organismes communautaires à partir de dispositifs technocratiques avait pour but d'assurer l'application d'une certaine rationalité dans l'octroi des sommes qui

leur étaient versées. En d'autres termes, le MSSS cherchait à établir certains principes d'efficacité et de contrôle (monde industriel) dans ses rapports avec les milieux communautaires.

De manière générale, la recherche évaluative devait ainsi contribuer, aux dires du directeur de la nouvelle Direction de l'évaluation des programmes, «à l'amélioration des interventions du Ministère en vue d'une meilleure performance [du] système sociosanitaire» (Bergeron, 1985, p. 33). Dans la réalité toutefois, en l'absence de véritables indicateurs de performance liant les budgets du Ministère aux résultats produits sur la santé et le bien-être des populations, et ce, tant pour les établissements publics et privés que pour les organismes communautaires, c'est plutôt des considérations d'ordre historique et structurel qui ont continué à présider à la détermination des budgets. Cela ne signifie pas pour autant qu'aucune transformation n'est survenue au cours de cette décennie dans l'octroi des sommes aux différents programmes constitutifs de la mission sociale de l'État. Une évolution a eu lieu, variant selon les différents secteurs d'activité et les producteurs de services visés. Voyons maintenant dans quel ordre se situe cette évolution.

### 3. L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT OCTROYÉ À PARTIR DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Qu'en est-il vraiment de l'évolution des budgets accordés aux organismes communautaires par le MAS-MSSS au cours des années 1980? Font-ils vraiment figure de parents pauvres du système? Les données recueillies au cours de nos travaux montrent une évolution constante des ressources octroyées au PSOC de 1980 à 1990 (malgré une pause et même un léger recul de 1980 à 1982). De manière globale, le PSOC a connu une progression fulgurante de plus de 920% au cours des années 1980 (voir le tableau 4 ci-contre), signe évident de la nouvelle reconnaissance acquise par les organismes communautaires au cours de cette décennie.

Mais cette augmentation significative des budgets du PSOC ne doit pas faire oublier les profondes disparités observées dans l'attribution des sommes versées lorsque celles-ci sont examinées à partir de l'évolution de chacun des secteurs, ni la faiblesse des sommes consacrées au PSOC en regard des budgets accordés aux autres programmes du Ministère. Les organismes relevant du secteur «services à la communauté» sont ceux qui présentent la plus faible augmentation de leur financement, celui-ci ayant crû de seulement 2 941 556 \$ au cours de la période allant de 1980 à 1990, soit une hausse de 72% en un peu plus de dix ans. Il faut toutefois considérer qu'une ponction de près d'un demi-million de dollars a été

réalisée dans ce secteur en 1970-1980, à la suite du transfert de 16 organismes à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Par contre, en excluant ces organismes de nos calculs et en prenant comme année de référence l'année 1980-1981, c'est une augmentation de plus de 180% que connaît ce secteur au cours des années 1980. Si le financement du secteur « Services à la communauté » a presque triplé au cours de cette période (en excluant l'année 1979-1980), le nombre d'organismes financés est multiplié, quant à lui, par 12, passant de 55 à 655 organismes. Ce qui signifie que l'octroi de fonds supplémentaires a surtout permis de financer de nouveaux organismes, ce que reconnaît le ministre Pierre-Marc Johnson, en 1983, lorsqu'il affirme que les augmentations des budgets du SOC, au début des années 1980, « reflètent beaucoup plus l'augmentation du nombre d'organismes subventionnés que l'augmentation des subventions individuelles » (Johnson, 1983, p. 131).

**TABLEAU 4**  
**Évolution du financement (en milliers de dollars) et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes bénévoles par secteur d'activité de 1979-1980 à 1990-1991**

Année	Organismes subventionnés									
	Services à la communauté		Services aux femmes		Services à la jeunesse		Services à domicile		Total	
	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget
1979-1980	55	4 071,5	11	645,0	7	246, 2	-	-	73	4 962,8*
1980-1981	73	2 473,8	18	1 325,0	16	593,0	-	-	107	4 391,8
1981-1982	77	2 367,3	21	1 370,5	18	654,0	-	-	116	4 391,8
1982-1983	96	3 063,8	38	2 799,8	41	1 505,0	-	-	175	7 368,7
1983-1984	127	3 458,8	47	3 594,1	79	2 600,0	-	-	253	9 653,0
1984-1985	187	4 344,7	72	4 810,5	120	4 548,1	-	-	379	13 703,3
1985-1986	304	5 220,1	100	7 093,2	194	8 294,2	479	4 821,0	1 077	25 428,7
1986-1987	242	4 647,4	114	7 519,8	187	9 099,2	501	4 885,8	1 044	26 152,4
1987-1988	423	5 498,2	146	11 128,1	229	11 254,4	503	5 197,1	1 301	33 077,9
1988-1989	487	5 721,4	180	14 692,9	243	12 471,5	538	5 756,9	1 448	38 642,8
1989-1990	597	6 908,1	186	17 050,5	270	14 665,3	529	6 725,2	1 582	45 349,3
1990-1991	655	7 013,1	193	18 681,7	291	16 993,4	537	8 128,0	1 676	50 816,4

\* En 1979-1980, 16 organismes furent transférés à l'OPHQ pour un montant de 494 500 \$.

Source : SSOC, 1991.

Comme nous l'avons souligné précédemment, les organismes œuvrant en maintien à domicile ont été intégrés au PSOC en 1985, ce qui correspond à la création d'un quatrième secteur au sein de ce programme. Avant cette date, ces organismes relevaient d'un programme spécial de financement créé en 1980 par le ministre Lazure à la faveur de la publication de sa politique de maintien à domicile (MAS, 1979b). Si l'on considère l'ensemble de la période, soit de 1979-1980 à 1990-1991 (incluant donc la période où les organismes étaient chapeautés par le programme spécial), les budgets accordés à ce nouveau secteur ont augmenté de plus de 440%, passant de 1 500 000 \$ à plus de 8 128 000 \$. Au cours de la même période, le nombre d'organismes financés a plus que doublé, s'établissant à 537 organismes en 1990-1991. Toutefois, leur transfert au PSOC ne semble pas avoir eu d'impact significatif sur l'ampleur du financement accordé à ce secteur puisque la hausse totale des budgets se répartit de manière relativement équitable sur l'ensemble de la période (voir le tableau 5 ci-dessous).

**TABLEAU 5**  
**Financement des organismes bénévoles et communautaires**  
**de maintien à domicile de 1979-1980 à 1990-1991**

Année	Montant (en \$)	Nombre d'organismes	Responsable de la gestion des subventions
1979-1980	1 500 000	216	Programme spécial de financement pour les organismes bénévoles
1980-1981	2 312 000	325	
1981-1982	3 312 100	381	
1982-1983	3 653 200	410	
1983-1984	4 027 900	458	
1984-1985	4 536 400	485	
1985-1986	4 821 000	479	Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)
1986-1987	4 885 801	501	
1987-1988	5 197 100	503	
1988-1989	5 756 900	538	
1989-1990	6 725 248	529	
1990-1991	8 128 038	537	

Sources: MAS, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985a; MSSS, 1986a; SSOC, 1991.

En fait, l'augmentation globale des budgets du PSOC a surtout profité aux secteurs «femmes» et «jeunesse», qui ont crû respectivement de 680% et 280% de 1979-1980 à 1990-1991. Le secteur «services aux femmes» a ainsi été multiplié par 30, passant de 645 000 \$ à plus de 18 680 000 \$ en 1990-1991. Le budget du secteur «services à la jeunesse» a, quant à lui, été multiplié par presque 70, passant d'un quart de million à près de 17 millions de dollars en 1990-1991. Il faut toutefois tenir compte du fait que le secteur «jeunesse» regroupe 291 organismes à la fin de la période, alors que le secteur «femmes» n'en compte que 191, ce qui signifie une allocation de subvention plus élevée en moyenne aux organismes intervenant auprès des femmes en difficultés qu'à ceux du secteur «jeunesse». À cet égard, rappelons que, même si le mouvement des jeunes (surtout les maisons de jeunes) et le mouvement des femmes (centres d'hébergement, centre de femmes et CALACS) ont été parmi les éléments les plus actifs des mouvements sociaux pour revendiquer le financement de leurs organisations, seuls les groupes de femmes jouissent à cette époque d'un véritable cadre de financement par l'entremise de la politique d'aide aux femmes violentées de 1985 (MAS, 1985c), les autres organismes ayant obtenu un plan de financement plus ou moins formel en 1989, soit par le biais du document d'*Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989c) et de son avant-projet de loi, soit par le biais de la Politique en santé mentale.

Quant au budget total, comme nous l'avons dit précédemment, il a connu une progression phénoménale de plus de 920% sur une douzaine d'années, atteignant près de 51 millions de dollars répartis entre 1 676 organismes en 1990-1991. Notons que près de 18% de cette augmentation provient toutefois de l'ajout du secteur «services à domicile» en 1985-1986, ce qui explique en partie le bond de 87% fait par le budget du programme cette année-là (voir le tableau 6 ci-après). Mais l'intégration d'un nouveau secteur n'explique pas à elle seule cette forte hausse. La mise en application de la politique d'aide aux femmes violentées, d'une part, et le financement de nouveaux organismes jeunesse en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants, d'autre part, ont également contribué à augmenter de manière significative le budget global du PSOC cette année-là (MSSS, 1986a, p. 15, 29).

Comme nous l'avons déjà souligné, la progression des budgets du PSOC provient surtout des secteurs «services aux femmes» et «services à la jeunesse» qui accaparent à eux seuls 70% du budget total du programme en 1990-1991 alors qu'ils ne représentent que 29% du nombre total d'organismes financés. Les secteurs «services à la communauté» et «services à domicile» se répartissent les 30% restants, mais constituent 71% du total des groupes financés par le PSOC. Ces chiffres illustrent bien les déséquilibres nés de l'application d'une approche par problématique qui a favorisé certains organismes au détriment d'autres.

Avec une augmentation de 142% du budget du PSOC en 1979-1980 (voir le tableau 6 ci-contre), on entrait pour ainsi dire dans une nouvelle ère marquée par une augmentation importante des sommes versées aux organismes communautaires en santé et services sociaux. Cette augmentation ne tient pas compte du 1,5 million octroyé en plus aux 216 organismes communautaires livrant des services à domicile. L'année 1979-1980 constitue donc un tournant en matière de financement.

Par contre, la grave récession et la crise du début des années 1980 allaient rattraper les organismes communautaires en 1982 et freiner momentanément leur élan. Pour la première fois, en effet, le Ministère impose des compressions budgétaires à l'ensemble des établissements du réseau qui vont se traduire par un ralentissement des augmentations de dépenses dans divers programmes. Le budget de fonctionnement des CLSC, par exemple, se verra amputé de quatre millions de dollars en 1981-1982 (MAS, 1982, p. 57). D'autres programmes que le Ministère juge prioritaires, comme le programme de services à domicile (qui profite de la nouvelle politique mise en place en 1979), vont échapper à ce processus et poursuivre leur développement malgré les compressions imposées à d'autres secteurs (MAS, 1982, p. 59). D'une certaine manière, les hôpitaux vont contourner ces compressions budgétaires en affichant cette année-là leur plus gros déficit depuis le début des années 1970, soit un manque à gagner de 178 millions de dollars (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 26). Le PSOC, quant à lui, verra son budget de 1981-1982 gelé au niveau de celui de l'année précédente, soit 4 391 800 \$ (MAS, 1982, p. 66) (voir le tableau 6 ci-dessous).

Ce ralentissement sera de courte durée puisque l'augmentation des budgets destinés aux organismes communautaires reprend dès l'année suivante, malgré le maintien d'un programme d'austérité budgétaire pour plusieurs catégories d'établissements du réseau. L'année financière 1982-1983 représente en effet une année faste pour le PSOC qui voit ses budgets haussés de 67%. La proportion du budget PSOC dans l'ensemble du budget du Ministère, qui s'était maintenue autour de 0,09% dans les années précédentes – après être descendue jusqu'à un maigre taux de 0,04% entre 1976 et 1979 (voir le tableau 3 au chapitre 4) –, augmente à 0,14% en 1982-1983, signe de l'effort gouvernemental consenti pour soutenir les organismes communautaires. Certes, une partie de cette hausse est imputable à la baisse relative du budget global du Ministère à la suite du transfert en 1981 des programmes de la sécurité du revenu au ministère du Travail, de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu. Mais, en dépit de ce relèvement indirect de la part du budget du MAS consenti au PSOC, ce dernier obtenait un montant de 2,5 millions de dollars en 1982-1983 à titre de budget de développement en sus de l'indexation de base reçue au même titre que les autres programmes (MAS, 1983, p. 26).



**Tableau 6**  
**Proportion du budget du ministère des Affaires sociales**  
**(en milliers de dollars) consacrée au Programme de soutien**  
**aux organismes bénévoles de 1979-1980 à 1990-1991**

Année	Soutien aux organismes communautaires		Budget total du MAS		Pourcentage du soutien aux organismes communautaires par rapport au MAS
	Budget total (en \$)	Hausse annuelle (en %)	Budget total (en \$)	Hausse annuelle (en %)	
1979-1980	4 962,8	142%	4 817 013,9	5,1%	0,10%
1980-1981	4 391,8	(11%)	5 389 645,5	11,9%	0,08%
1981-1982	4 391,8	0%	4 750 835,2*	(11,9%)*	0,09%*
1982-1983	7 368,7	67,8%	5 211 664,8	9,7%	0,14%
1983-1984	9 653,0	31,0%	5 474 723,1	5,0%	0,17%
1984-1985	13 703,3	42,0%	5 790 167,9	5,8%	0,23%
1985-1986	25 428,7	85,6%	6 000 953,0	3,6%	0,42%
1986-1987	26 152,4	4,7%	6 544 982,0	9,1%	0,40%
1987-1988	33 077,9	26,5%	7 134 011,0	9,0%	0,46%
1988-1989	38 642,8	16,8%	7 593 035,3	6,4%	0,51%
1989-1990	45 349,3	17,3%	8 114 283,9	6,9%	0,56%
1990-1991	50 816,4	12,1%	8 567 556,8	5,6%	0,59%

\* Ce montant exclut les sommes versées en vertu du programme de la sécurité du revenu sous la responsabilité du ministère du Travail, de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu depuis le 1<sup>er</sup> mai 1981. Il exclut également les budgets de fonctionnement de la Commission des affaires sociales, de l'OPHQ et de l'OSGE qui sont passés directement sous la responsabilité du COSGE exécutif au cours des années 1981 et 1982 (MAS, 1982, p. 51). Enfin, il ne tient pas compte des budgets versés aux programmes administrés par la RAMQ.

Sources : MAS, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985a ; MSSS, 1986a, 1987a, 1988, 1989a, 1990a, 1991a ; SSOC, 1991.

À la fin de la période étudiée, soit en 1990-1991, le budget du PSOC constitue près de 0,6% du budget total du MSSS, ce qui est encore infime par rapport à l'ensemble de la mission et des programmes du Ministère, mais qui représente néanmoins une augmentation notable par rapport à la décennie précédente. En clair, cela signifie que les budgets du PSOC ont évolué, toute proportion gardée, de manière plus importante que ceux du MAS-MSSS au cours de cette période. De 1979-1980 à 1990-1991, les

sommes versées au PSOC ont augmenté de 920%, pour un taux de croissance annuel moyen composé de 23,5% par année, pendant que celles du MAS-MSSS connaissaient une augmentation globale de 77,8% pour un taux de croissance annuel moyen composé de 5,4%.

Mais l'hospitalocentrisme avait encore de beaux jours devant lui. Cherchant à tout prix à atteindre l'équilibre budgétaire, le MSSS met en exercice, entre 1981-1982 et 1986-1987, une politique de consolidation des déficits hospitaliers. Trois opérations de consolidation eurent lieu au cours de cette période, incluant les centres hospitaliers de courte et de longue durée ainsi que les centres hospitaliers psychiatriques, pour un montant total avoisinant les 735 millions de dollars (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 27-31). Or, malgré la mise sur pied en 1985 d'un comité de travail chargé de déterminer les causes structurelles de l'évolution des coûts du système hospitalier (MAS, 1985a, p. 11), ces opérations de renflouage furent menées sans aucune méthode de « performance comparative » entre les établissements, ce qui eut pour résultat, selon le Vérificateur général du Québec, de favoriser « les centres hospitaliers déficitaires que [le gouvernement] considérait non performants » (Bégin, Labelle et Bouchard, 1987, p. 30).

En réponse à cette augmentation constante des coûts au-delà des prévisions budgétaires, le MSSS mit plutôt l'accent sur la détermination d'un coût de système afin d'évaluer l'accroissement des budgets des établissements du réseau<sup>8</sup>. L'introduction de cette nouvelle mesure de coût de système va coûter, de 1986-1987 à 1990-1991, plus de 200 millions de dollars au MSSS, ce qui devrait permettre aux hôpitaux, selon le Ministère, « de faire face à la fois au vieillissement de la population et au développement de la technologie » (MSSS, 1989a, p. 12). D'autres mesures sont également adoptées afin de résorber ces déficits. C'est le cas par exemple du plan triennal de désengorgement des urgences mis en place par Thérèse Lavoie-Roux en 1986 qui prévoit l'injection de 105 millions de dollars annuellement, dont 16 millions de dollars pour les services à domicile par le biais du programme de services intensifs à domicile (SIMAD) (MSSS, 1987a, p. 11 et 27).

Finalement, « l'essoufflement » à la toute fin de la décennie du plan d'action gouvernemental pour remédier à l'engorgement des urgences amène les libéraux à mettre sur pied deux groupes de travail pour

---

8. Cette notion de « coûts de système » fut empruntée à l'Ontario, qui avait adopté une telle mesure quelques années auparavant. Elle apparaissait comme un moyen de pallier à ce que le gouvernement considérait comme le sous-financement des centres hospitaliers et « l'évolution incompressible du système » (Lavoie-Roux, 1986, p. 285).

étudier la question et émettre des recommandations au gouvernement (MSSS, 1990a, p. 12). Malgré les efforts consentis par le Ministère, cette crise de l'hospitalocentrisme ne semble donc pas se résorber. Or, la diminution de ces déficits semble plus que jamais exiger l'adoption de mesures globales mobilisant l'ensemble des ressources du système sociosanitaire. Car, à l'évidence, les mesures ponctuelles mises en place au cours de la décennie 1980 n'ont pas suffi à enrayer la spirale inflationniste du système. Il faut dire que les efforts déployés par les gouvernements successifs pour tenter de réorienter le système vers un accroissement des ressources destinées aux services de première ligne au cours des années 1980 (politique de services à domicile de 1979, augmentation des budgets au PSOC, mise sur pied du SIMAD, etc.) apparaissent bien timides en regard des défis énormes qui se posent pour maintenir et accroître la santé et le bien-être des populations, tout en conservant à l'intérieur de limites raisonnables la part des ressources investies par l'État québécois dans sa mission sociosanitaire. Manifestement, les actions entreprises n'ont pas permis cette réorientation puisque, au-delà de la persistance de la crise budgétaire, c'est tout l'aspect politique et sociologique à la fois des modes de production et des modes de consommation des services qui doit faire l'objet d'une remise en question. En dix ans (1976-1986), la fréquentation des hôpitaux s'est accrue de 20% et le nombre de jours d'hospitalisation de 14% (Ancil, 1987a, p. 7). C'est dans ce contexte de crise récurrente que va donc s'inscrire l'adoption du chapitre 42 de la Loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la réforme Côté qui va suivre.

#### **4. LE PSOC PAR RAPPORT AUX AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

Si le MAS constituait une source marginale de revenus pour les organismes communautaires au cours des années 1970, il en va tout autrement au cours des années 1980. En effet, en 1990-1991, soit la dernière année financière du MSSS avant la réforme Côté, le PSOC finançait 1 676 organismes pour un montant total de 50 816 402 \$ (PSOC, 2002). Déjà, en 1987, une étude révélait que les fonds versés par le biais du PSOC représentaient environ 40% des sommes reçues par ces organismes qui avoisinaient au total (toutes sources confondues) près de 60 millions de dollars. Le reste provenait à un peu plus de 22% d'activités d'autofinancement et le dernier tiers du gouvernement fédéral et de sources privées (Centraide, fondations, communautés religieuses, etc.). À partir des années 1980, le PSOC représente donc pour plusieurs organismes en santé et services sociaux, une

source majeure de revenus, sinon même la plus importante dans certains cas, notamment pour les organismes intervenant auprès des femmes et des jeunes (Tremblay, J., 1987, p. 55-57).

Mais le PSOC ne constitue pas le seul canal par lequel le MSSS verse des subventions aux organismes communautaires. Avec l'émergence de nouvelles problématiques et le développement des groupes communautaires, les sources de financement disponibles ont eu tendance à se diversifier au sein même de l'appareil gouvernemental<sup>9</sup>. De plus, le PSOC était loin de répondre à l'ensemble des demandes exprimées par le milieu communautaire en santé et services sociaux, ni même aux demandes qui lui étaient acheminées en propre. À cet égard, soulignons qu'au cours des années 1980, compte tenu des ressources financières limitées dont il disposait, le PSOC n'est jamais parvenu à combler plus de 43% du financement total demandé (SSOC, 1991). Dans ce contexte, l'existence d'autres sources de revenus devenait absolument essentielle pour la survie des groupes. L'identité et l'ampleur de ces sources ont alors varié selon le type d'organisme et le secteur d'activité concerné.

Au MAS, par exemple, la Direction de la santé mentale aurait versé plus de 10 millions de dollars aux organismes communautaires en 1987-1988<sup>10</sup> (Auger *et al.*, 1988, p. 4). Toujours en 1987-1988, l'OPHQ accordait 1 481 600 \$, répartis entre 174 organismes (Tremblay, J., 1987, p. 55). Enfin, les Centres de services sociaux (CSS) ont accordé un soutien à une cinquantaine d'organismes communautaires en 1987-1988 sous la forme d'un *per diem* rattaché à un certain nombre de places réservées pour leur clientèle. Les recherches que nous avons consultées ne permettaient pas toutefois d'évaluer la hauteur des sommes versées par l'entremise de ces ententes de services. Diverses autres sources de revenus étaient également disponibles pour les organismes au sein de l'appareil gouvernemental québécois et fédéral, même si, dans ce dernier cas, – et contrairement à la

---

9. À cet égard, le ministère de l'Éducation, par l'entremise de son programme d'aide aux organismes volontaires d'éducation populaire (OVEP), distribuait en 1987-1988 environ 30 millions de dollars à quelque 300 organismes communautaires ayant une vocation d'éducation populaire. Même si dans une perspective large du concept de santé et de bien-être, certains pouvaient les inclure dans le domaine sociosanitaire, nous les excluons de notre analyse puisque ces groupes n'étaient pas reconnus par le MSSS comme organismes de santé et de services sociaux, première condition pour recevoir une subvention du PSOC.

10. Ce montant inclut toutefois des sommes versées à des ressources intermédiaires et d'autres types de ressources.

situation prévalant dans les années 1970 – le gouvernement fédéral ne représente plus un acteur aussi stratégique dans le financement des organismes communautaires au cours des années 1980.

À ce tableau, il faut ajouter les revenus provenant d'organisations philanthropiques et d'activités d'autofinancement. Centraide, par exemple, allait devenir l'une des sources de revenus les plus importantes et des plus stables pour les organismes communautaires au cours des années 1980. De 1980 à 1990, les montants octroyés sur une base annuelle par Centraide Montréal vont passer d'un peu plus de 9 225 000 \$ répartis entre 142 organismes à près de 16 millions de dollars versés à 206 organismes (Jolin, 1993). Conclusion: en 1990, Centraide Montréal finance près de 50% plus d'organismes qu'en 1980 et son budget total a augmenté de 72% au cours de la même période.

Enfin, nous ne pourrions clore cette section sans souligner l'apport considérable (mais difficilement chiffrable) de la dynamique réciprocaire au sein des organismes communautaires. Certes, le personnel salarié est plus nombreux dans ces organismes à partir des années 1980, notamment au sein des groupes les mieux financés comme les groupes de femmes. Mais 80% des organismes financés par le PSOC comptent deux employés ou moins alors qu'environ 30% ne fonctionnent que grâce au travail bénévole (Tremblay, J., 1987, p. 42). Notons, au passage, qu'il semble y avoir un lien direct entre la hauteur des sommes accordées par les organismes subventionneurs et le nombre de salariés au sein des organismes. Mais, de manière générale, comme les subventions reçues restent encore peu élevées, peu d'organismes peuvent réellement s'appuyer sur un personnel stable et bien rémunéré. En d'autres termes, au cours des années 1980, la grande majorité des organismes communautaires doivent encore compter sur du personnel bénévole pour assurer la bonne marche de leurs activités.

## CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LES ANNÉES 1980

S'il fallait résumer en quelques mots la décennie 1980-1990, nous pourrions la décrire comme une période de transition, où apparaissent quasi simultanément, d'une part, les phénomènes dégénéralifs associés aux défaillances d'un certain mode de production et de consommation des services et, d'autre part, l'émergence des processus de reconstruction visant l'instauration de nouvelles institutions en remplacement de celles qui s'épuisent. Les années 1980 vont donc constituer un point de passage obligé entre le modèle providentialiste des années 1970 et le modèle postprovidentialiste des années 1990. Ce point de passage s'avère crucial puisqu'il est l'incubateur des nouvelles pratiques destinées à remplacer les anciennes formes institutionnelles. Dès lors, cette redéfinition des

règles du jeu et l'établissement des nouveaux compromis qu'elle suppose participent au processus de transformation du modèle québécois de développement social.

Profitant des défaillances partielles des institutions mises en place par l'entremise de l'État-providence s'appuyant sur les expérimentations réalisées au cours des années 1970, ainsi que sur les principes d'action formulés par la critique artiste, les organismes communautaires prennent du galon au cours des années 1980 tant en termes numérique qu'en termes de reconnaissance de leur expertise (notamment, mais, non exclusivement, à travers les pratiques des groupes de femmes, des maisons de jeunes et des pratiques alternatives en santé mentale). Ils auront dû toutefois traverser, au cours de la première moitié des années 1980, une période de crise politique suscitée par les stratégies de prise de contrôle des groupes m.-l. Malgré l'amertume que certains militants ont pu garder de cette période qui a entraîné, dans certains cas, la fermeture complète ou du moins la cessation temporaire des activités de plusieurs organismes, elle aura au moins eu le mérite d'épuiser en bonne partie le conflit opposant les tenants d'une transformation radicale de la société par l'entremise d'un projet révolutionnaire et ceux favorisant un changement de paradigme par la contamination progressive des institutions à partir des pratiques communautaires autonomes.

La nouvelle reconnaissance acquise par les organismes communautaires se forge donc dans un contexte d'événements et d'intérêts favorables (conditions essentielles de tout compromis) qui participent à l'évolution des institutions sociosanitaires. D'abord, la crise sociale et économique force à revoir, dans la première moitié des années 1980, les choix institutionnels et organisationnels faits à travers les structures providentialistes. On tente de juguler la croissance des coûts du système par diverses mesures touchant à la fois la production et la consommation des services. Mais devant l'échec des actions entreprises (ou leurs succès mitigés), il apparaît de plus en plus évident que les solutions à la crise devront se situer au-delà des mesures conjoncturelles.

Les solutions envisagées vont prendre des visages multiples. Hormis les partisans de la poursuite du projet providentialiste qui n'entrevoient la résolution de la crise qu'à travers un accroissement de la présence étatique à la fois au plan de la régulation, du financement et de la production des services, les solutions mises de l'avant se traduisent toutes par la présence accrue de nouveaux producteurs de services. Ces derniers sont tous influencés, à divers degrés, et selon des modalités qui leur sont propres, par les principes de la critique artiste. Ainsi, l'avènement des médecines douces ou alternatives s'ancre principalement dans la dénonciation de

l'hégémonie des dispositifs techniques et technocratiques sur la médecine moderne (monde industriel) et valorise plutôt de nouvelles pratiques holistiques tenant compte de la globalité de l'être humain (monde de l'inspiration). Les partisans de la privatisation vont au contraire argumenter à partir de l'efficacité des principes marchands face aux lourdeurs des dispositifs universels du secteur public. Et même si leur percée fut circonscrite à certains services bien particuliers (services auxiliaires, services à domicile, etc.), la réputation d'efficacité et d'efficacité du secteur marchand dans la gestion des ressources humaines et matérielles va leur permettre d'exercer une influence certaine sur le type de gestion pratiquée dans les établissements du réseau public. Les nouvelles pratiques de management misant sur le déploiement des principes d'intégration et de réseautage (monde connexionniste) vont ainsi faire une entrée progressive dans le réseau socio-sanitaire qui se mettra à l'heure des nouvelles valeurs entrepreneuriales d'adaptation et de flexibilité.

Mais cette conjoncture de crise – qui s'avère aussi une occasion de changement – n'aura pas que renforcer les principes du monde marchand et du monde industriel dans le domaine sociosanitaire. Elle aura aussi été favorable à l'essor d'un tiers secteur qui avait l'avantage, outre ses pratiques souvent innovantes et alternatives, de se présenter sous les traits d'organisations non marchandes qu'on ne pouvait soupçonner d'intérêts pécuniaires. Ce caractère de «démarchandisation» des services porté par les organismes communautaires a toujours joué en leur faveur compte tenu du préjugé défavorable existant dans l'opinion publique québécoise – sentiment partagé par plusieurs acteurs sociaux – concernant la marchandisation des services.

Il faut également compter avec la présence d'un nouvel acteur au cours des années 1980 – les usagers des services – qui dénonce son exclusion politique au sein du système et exprime son désir de revoir les modalités institutionnelle et organisationnelle d'une prestation de services perçue comme déshumanisante, dépendante et impersonnelle. Une partie de ces usagers vont se regrouper sur leurs propres bases, d'autres vont se joindre à des militants ou des professionnels du social au sein d'organismes sans but lucratif de défense de droits ou de services afin de réclamer ou de mettre sur pied des organisations qui épousent davantage leur vision des services. Ils vont ainsi à leur tour contribuer à l'essor du secteur communautaire.

Les années 1980 représentent donc, pour les organismes communautaires, une période de développement et d'élargissement de leur champ d'influence. À partir d'un ancrage souvent local ou régional, on se regroupe afin de se faire entendre sur le plan national. C'est ainsi que

plusieurs regroupements d'organismes voient le jour au cours de cette décennie. Leur apparition témoigne du dynamisme et de l'évolution du secteur communautaire qui voit se généraliser les expériences locales mises sur pied au cours des années 1970, à partir d'un mouvement dont l'ampleur varie selon les secteurs d'activité. Plusieurs composantes des milieux communautaires franchissent ainsi une nouvelle phase de leur développement et acquièrent progressivement un statut d'acteur social et d'interlocuteur reconnu dans les débats et les négociations avec l'État touchant les services sociosanitaires.

Mais la reconnaissance et la nouvelle visibilité acquises par les organismes communautaires en santé et services sociaux ne vont pas sans certains tiraillements internes, d'abord au sein du secteur communautaire dans son ensemble, puisque cette reconnaissance ne s'étend pas nécessairement aux organismes communautaires évoluant dans d'autres secteurs (les organismes d'éducation populaire par exemple). Cela entraîne l'éclatement d'un regroupement multisectoriel comme la COCQ qui n'a pas réussi à rallier les divers acteurs du secteur communautaire autour d'une même stratégie. Ensuite, des divergences apparaissent au sein même des organismes en santé et services sociaux dont les diverses composantes ne vont pas évoluer au même rythme, ni profiter des mêmes appuis gouvernementaux.

Par ailleurs, la contribution financière gouvernementale connaît une augmentation fulgurante au cours de cette décennie, signe manifeste du changement de cap du MAS-MSSS concernant la contribution des groupes communautaires à la dispensation de services sociosanitaires à la population. Le PSOC prenait ainsi une importance accrue en devenant le principal programme de financement des groupes communautaires. À la suite des diverses études visant à rationaliser l'aide financière apportée, le MSSS statuait finalement sur l'application de règles de financement assez souples dans la foulée des propositions émises par le CASF au cours des années 1970. Ces règles permettaient aux organismes de recevoir un financement de base pour leur mission à condition de respecter un certain nombre de conditions minimales.

Ce changement d'attitude à l'égard des organismes communautaires résultait également d'une réflexion générale sur l'orientation de l'ensemble du système sociosanitaire. La seconde moitié des années 1980 a en effet été le théâtre d'une grande enquête sur l'organisation et l'orientation des services de santé et des services sociaux: la commission Rochon. Fruit d'un compromis politique, les conclusions de cette commission innovent sur plusieurs aspects (régionalisation des services, prise en compte des déterminants sociaux de la santé, etc.), tout en demeurant plus réservées sur d'autres (rémunération des médecins, codification des rapports avec



le tiers secteur, etc.). Et malgré les doutes qu'elle a suscités initialement chez la ministre Thérèse Lavoie-Roux, plusieurs de ses recommandations vont finalement faire l'objet d'un texte d'*Orientations* en 1989 et être incluses dans une proposition de réforme soumise aux discussions en commission parlementaire.

Cependant, la commission Rochon a surtout été un lieu de visibilité extraordinaire pour les organismes communautaires qui s'y sont fait entendre en grand nombre. Ils y ont également reçu l'appui inattendu d'un groupe de fonctionnaires responsable du PSOC qui a fait la promotion de nouveaux arrangements partenariaux entre le MSSS et les organismes communautaires. Après l'acteur politique, c'est donc une frange de l'administration sociosanitaire qui prend position en faveur de la consolidation des organismes communautaires au sein du système de santé et de services sociaux, un appui d'autant plus important qu'il s'avère moins ambigu que celui de l'acteur politique toujours soupçonné de visée récupératrice. Cette consolidation survient également après la conclusion d'ententes sectorielles avec certaines composantes du secteur communautaire, notamment les groupes de femmes, les maisons de jeunes et les groupes alternatifs en santé mentale. Ce phénomène donne lieu à une institutionnalisation à la pièce du tiers secteur communautaire qui s'apparente à une courtepointe institutionnelle constituée d'ententes à géométrie variable selon les domaines d'activités.

Certes, malgré les avancées réalisées au plan politique, l'appui du Ministère demeure fragile, dans la mesure où d'autres acteurs internes au MAS-MSSS (syndicats, corporations professionnelles, regroupements d'établissements, etc.), beaucoup plus influents que les organismes communautaires (et que ceux qui les soutiennent à l'intérieur du Ministère) font aussi valoir leurs points de vue et défendent des positions et des principes d'action souvent fort différents, voire tout à fait opposés, à ceux mis de l'avant par le tiers secteur communautaire. Ce rapport de force inégal ne peut trouver meilleure illustration que dans le financement accordé par le Ministère aux différents secteurs d'intervention constitutifs de sa mission sociosanitaire. En dépit des gains substantiels réalisés par les promoteurs du tiers secteur communautaire et le financement accru accordé aux organismes communautaires dans les années 1980 par l'entremise du PSOC, ce financement demeure marginal par rapport aux sommes versées aux centres hospitaliers ainsi qu'aux autres établissements du secteur public. Même à la fin de la décennie, alors que le discours gouvernemental fait davantage référence à la prévention, au développement de services de première ligne, à la concertation entre les divers producteurs de services et au nécessaire contrôle des budgets alloués au recouvrement de la santé (soins curatifs), dans les faits, la tendance hospitalocentrique continue de se maintenir

dans l'ensemble du système. Ce faisant, les organismes communautaires demeurent desservis par cette tendance lourde du système à se centrer sur la maladie, une tendance qui semble échapper à toute forme de débat démocratique et de régulation externe à l'acteur médical.

Cela dit, diverses réformes organisationnelles sont mises en œuvre au cours des années 1980, certaines sectorielles (en santé mentale par exemple), d'autres plus générales (la réforme administrative de 1987 créant le nouveau ministère de la Santé et des Services sociaux). Malgré leurs limites, ces transformations vont participer à la constitution progressive d'un nouveau compromis dont l'un des aspects sera l'affirmation du rôle joué par les organismes communautaires en santé et services sociaux. Elles vont être en quelque sorte le prélude aux nouvelles codifications des règles du jeu qui seront instituées au début des années 1990 avec la réforme Côté.

À cet égard, le développement du PSOC en tant que principale source de financement pour les organismes en santé et services sociaux a constitué un élément déterminant de ce nouveau compromis en gestation. L'appui financier et matériel croissant que reçoivent les organismes communautaires par l'entremise du PSOC doit ainsi être considéré dans le cadre de leur insertion au sein d'un processus d'institutionnalisation différent de celui appliqué aux cliniques populaires au début des années 1970. D'une institutionnalisation providentialiste du tiers secteur se caractérisant par une étatisation poussée des pratiques à la fois au plan de leur production, de leur financement et de leur régulation, on passe au cours des années 1980 à une forme d'institutionnalisation postprovidentialiste. Cette dernière se démarque de la précédente par le maintien du statut autonome des organismes, un financement public partiel et une régulation dite partenariale (dont le sens et la portée restent sujets à débats et à négociations). Ce processus d'institutionnalisation, malgré ses limites, s'avère ainsi plus respectueux de l'originalité et des principes d'action particuliers qui animent le secteur communautaire (principes de réciprocité, de participation citoyenne et d'innovation sociale). En comparaison des années 1970, le PSOC représente un dispositif d'institutionnalisation souple dont les règles font en général consensus, tant auprès des représentants des acteurs communautaires que des acteurs politiques et administratifs issus du Ministère.

La seconde moitié des années 1980 coïncide donc avec la fin d'un cycle d'application et de transformation de certains dispositifs associés au providentialisme qui entraîne, notamment, la mise en forme d'un nouveau processus d'institutionnalisation pour les organismes communautaires. Les années 1990 vont alors débiter avec la codification de ces nouvelles formes institutionnelles et leur application généralisée au sein du système sociosanitaire.

TROISIÈME PARTIE

**L'INSTITUTIONNALISATION  
DE NOUVEAUX RAPPORTS  
« PARTENARIAUX »  
ENTRE LES ORGANISMES  
COMMUNAUTAIRES ET  
LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX  
1991-2001**



# LA TRANSFORMATION DE L'ÉTAT-PROVIDENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

À l'instar des années 1980, la décennie 1990-2000 s'amorce dans un contexte de récession économique, moins virulent peut-être que celui du début des années 1980, mais ayant tout de même suffisamment d'impact pour entraîner, au milieu de la décennie, l'imposition par le MSSS d'importantes restrictions budgétaires. C'est dans cette nouvelle conjoncture économique que vont s'inscrire les importantes réformes qui vont marquer l'évolution du système sociosanitaire québécois au cours des années 1990. Ces réformes se caractérisent, dans un premier temps, par un mouvement de décentralisation et de régionalisation qui introduit une véritable rupture dans l'évolution des structures institutionnelles du système sociosanitaire. Les nouveaux arrangements résultant de ces orientations vont d'ailleurs s'avérer décisifs pour l'évolution des rapports entre le MSSS et le tiers secteur communautaire.

Trois moments charnières se dégagent de la période couverte par ce chapitre au plan des arrangements institutionnels : la réforme Côté en 1991, qui a entraîné la régionalisation du PSOC en 1994 ; la réforme Rochon et le virage ambulatoire de 1996, qui ont donné lieu à une opération à la fois de compressions et de réallocations ayant eu des répercussions importantes

sur les dynamiques régionales et sur le financement des groupes communautaires; la commission Clair en 2000 qui a, en quelque sorte, préparé la voie à l'adoption en 2001 du chapitre 24 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux qui donnait le coup d'envoi à un repli du mouvement de démocratisation et à une véritable décentralisation.

Le chapitre 8 sera ainsi consacré à la présentation du contexte général dans lequel s'inscrit l'action des principaux acteurs sociaux concernés par le PSOC. Nous tenterons de démontrer que les années 1990 sont l'aboutissement d'une transformation amorcée au cours des années 1980 qui visait à introduire, au sein du système sociosanitaire, de nouveaux dispositifs organisationnels et institutionnels ayant pour but de dépasser les contraintes du providentialisme.

## 1. UN CONTEXTE DE RÉCESSION ÉCONOMIQUE ET DE CONTRAINTES BUDGÉTAIRES DE L'ÉTAT

Si la récession de 1981-1982 a servi de catalyseur à la crise du providentialisme, et aux débats concernant la pertinence de poursuivre le projet providentialiste en santé et services sociaux, celle de 1990-1991 servira d'arrière-scène à la mise en application de nouvelles formes organisationnelles au sein du système, notamment un plus grand réseautage entre les divers établissements et un partenariat plus serré avec les milieux communautaires (monde connexionniste). Cette période sera également le théâtre d'une réforme visant l'établissement de nouveaux modes électifs aux conseils d'administration des établissements publics et la régionalisation des services. La réforme Côté s'avère ainsi la mise en application d'un projet amorcé au milieu des années 1980 par la commission Rochon (Rochon, 1988), projet repris ensuite partiellement dans le document *Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux en 1989 (MSSS, 1989c) et remanié encore une fois dans le Livre blanc de Marc-Yvan Côté (MSSS, 1990b).

Nous avons explicité dans le chapitre 6 les principales raisons invoquées par la commission Rochon pour recommander au gouvernement du Québec une réforme du système sociosanitaire: centralisation excessive du réseau public, faible emprise des acteurs locaux sur les orientations sociosanitaires, système contrôlé par les producteurs de services, absence d'usagers aux instances décisionnelles, absence d'objectifs en matière de santé et de bien-être des populations. Ces constats vont être repris en grande partie dans le discours gouvernemental justifiant les transformations induites par la réforme Côté en 1992. Le titre même du Livre blanc du ministre Côté – *Une réforme axée sur le citoyen* (MSSS, 1990b) – ne laisse d'ailleurs planer aucun doute sur l'orientation qu'on souhaite donner au système. C'est d'abord le «citoyen consommateur, le citoyen décideur et le citoyen payeur» que le

MSSS cherche à positionner au centre de cette réforme qui met en place divers dispositifs de régionalisation visant à repositionner l'équilibre des pouvoirs entre producteurs et usagers des services (MSSS, 1990b, p. 12). Mais au-delà des grands principes énoncés, il faut voir que cette réforme n'est pas exempte de visées stratégiques liées à l'équilibre budgétaire du gouvernement ainsi qu'aux discours des élites économiques dénonçant les méfaits des déficits budgétaires gouvernementaux accumulés depuis les années 1970. C'est d'ailleurs là peut-être le principal mérite du courant néolibéral au Québec d'avoir forcé un débat sur l'équilibre budgétaire des finances publiques et sur le rôle de l'État, le projet marchand n'ayant pas réussi à faire de percée significative au sein du modèle québécois de développement au cours de cette période (Lévesque, 2003 ; Bourque, 2000 ; Lévesque, Bourque et Vaillancourt, 1999).

Le ministre Côté s'empresse donc de mettre sur pied, à la suite de sa réforme, une commission parlementaire sur le financement des services en santé et services sociaux qui tiendra ses audiences en 1992. De manière générale, le ministre constate que la situation financière du MSSS supporte bien la comparaison avec l'Ontario, le reste du Canada et même l'ensemble des pays industrialisés (MSSS, 1991b, p. 7-9). En revanche, si les dépenses budgétaires liées à la santé et les services sociaux ont, jusque-là, été relativement bien contrôlées par le gouvernement québécois – l'augmentation annuelle moyenne des dépenses totales consacrées à la mission sociosanitaire ayant été inférieure à la moyenne canadienne –, on craint à plus long terme l'impact du « gérontoboum » sur la demande de services ainsi que l'augmentation des coûts liés aux nouvelles technologies (MSSS, 1990b, p. 23-27 ; MSSS, 1991b, p. 52).

Dans son diagnostic de la situation financière préparé en prévision de la commission parlementaire, le MSSS met en relief trois facteurs « négatifs » qui sont pour lui autant de motifs d'inquiétudes face à l'avenir de ces dépenses. Premièrement, la part du PIB attribuée aux dépenses de santé et de services sociaux au Québec (8,8%) est supérieure à celle de l'Ontario (8,3%) et du Canada (8,6%) (MSSS, 1990b, p. 75). Deuxièmement, de 1985 à 1990, le taux annuel d'accroissement moyen des dépenses sociosanitaires pour les établissements (6,7%) et celui des dépenses liées au financement des programmes administrés par la RAMQ (8,9%) – consacrés principalement à la rémunération des médecins – ont augmenté plus rapidement que celui des dépenses gouvernementales (5,9%). Ces hausses font en sorte que la part du budget gouvernemental consacrée à la santé et aux services sociaux est passée de 28,6% du budget total du gouvernement en 1985 à 30,3% en 1990 (MSSS, 1990b, p. 76). Troisièmement, les prévisions concernant le rythme d'accroissement des dépenses sociosanitaires s'avèrent plus élevées que celui des revenus de l'État, notamment en raison de la récession de 1990-1991 et de la diminution des transferts fédéraux aux provinces par

l'entremise des mécanismes comptables associés au Financement des programmes établis (FPE) (MSSS, 1990b, p. 76; MSSS, 1991b, p. 32-36, 84-89). Tout cela fait en sorte, selon le gouvernement de l'époque, que sans une intervention ferme de sa part, on assistera à une hausse incontrôlée des dépenses de santé qui risquerait à son tour de grever sérieusement le potentiel de développement économique du Québec en plus de nuire à sa capacité concurrentielle dans le cadre d'une économie mondialisée. À cet égard, le gouvernement du Québec considère comme prioritaire le maintien d'une fiscalité concurrentielle dans le contexte nord-américain (MSSS, 1990b, p. 77).

La réforme Côté participait donc à un exercice visant non seulement à contrer certains effets pervers du providentialisme, mais aussi à s'adapter à une nouvelle situation financière et économique. La crise appréhendée des finances publiques n'atteindra toutefois son point culminant que quelques années plus tard avec la Loi 107 sur le « déficit zéro<sup>1</sup> », adoptée par le gouvernement du Parti québécois de Lucien Bouchard, au moment de la tenue des deux sommets socioéconomiques de 1996. Cette loi, par laquelle le gouvernement s'engageait à respecter des plafonds de déficits au cours des quatre années suivantes<sup>2</sup>, allait frapper de plein fouet les services sociosanitaires (Belzile, 1999). Ce qui n'allait pas empêcher les dépenses en santé et services sociaux, représentant près de 31 % de l'ensemble des dépenses gouvernementales au moment de la réforme Côté, de s'accroître de manière constante au cours des années 1990, allant jusqu'à atteindre 34,0% du budget gouvernemental en 2000-2001 (ISQ, 2002, p. 396). Qui plus est, pour la première fois dans l'histoire du Québec, les crédits accordés au MSSS représentent la part du budget gouvernemental la plus élevée, dépassant les dépenses en éducation qui avaient jusque-là constitué le principal poste budgétaire de l'État québécois.

## 2. LA RECHERCHE DE SOLUTIONS ET DE MESURES DE RECHANGE AUX INSTITUTIONS PROVIDENTIALISTES DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE

Comme nous l'avons relevé précédemment, la décennie 1980 s'est achevée avec la parution du texte d'*Orientations* de la ministre Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989c) et le dépôt d'un avant-projet de loi établissant les mesures

- 
1. Le libellé officiel de cette loi est : Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.
  2. Ces plafonds de déficit se présentaient comme suit : 3,27 milliards de dollars pour 1996-1997 ; 2,2 milliards pour 1997-1998 ; 1,2 milliard pour 1998-1999 et déficit zéro à partir de 1999-2000. Dans la réalité, les cibles furent atteintes au cours des deux premières années et l'objectif du déficit zéro atteint dès 1998-1999 (Belzile, 1999, p. 366).



législatives proposées par le gouvernement afin de concrétiser les nouvelles politiques annoncées en matière de santé et de services sociaux (Gouvernement du Québec, 1989). Cette période se termine donc avec les premières démarches politiques visant à apporter des solutions de rechange à certains dispositifs institutionnels et organisationnels issus du providentialisme. Or, des élections ont lieu en septembre 1989 qui reportaient au pouvoir les libéraux de Robert Bourassa. Ces élections sont le prétexte à un remaniement ministériel qui amène Marc-Yvan Côté à la barre du MSSS en remplacement de Thérèse Lavoie-Roux.

L'arrivée de ce nouveau ministre n'est pas fortuite. Rappelons que Marc-Yvan Côté avait dirigé l'Office de la planification et de développement du Québec (OPDQ) de 1985 à 1989, comme ministre des Transports et qu'à ce titre, il fut l'un des principaux artisans de la politique de développement régional concoctée sous le gouvernement libéral (OPDQ, 1988). C'est sous son règne que s'est amorcé, quoique timidement, un déplacement des principes d'action orientant les politiques industrielles, notamment en matière de concertation et de partenariat ainsi que de participation des élus locaux aux sommets socioéconomiques (Bourque, 2000, p. 98-102). Les questions de régionalisation, de concertation et de partenariat ne lui étaient donc pas étrangères au moment de son arrivée au MSSS. On peut penser que cette expérience allait lui servir de référence pour accomplir son nouveau mandat de régionalisation, cette fois en santé et services sociaux. Dès lors, les défis à relever au MSSS en termes de régionalisation et de recentrage des pouvoirs entre les divers acteurs administratifs ainsi qu'entre les divers producteurs de services sociosanitaires étaient à la mesure de celui que certains commentateurs de la scène politique aimaient surnommer «le beu de Matane» en référence à son caractère opiniâtre et à sa détermination à mener à terme les projets qui lui étaient confiés<sup>3</sup> (Lesage, 1990, p. B-1).

---

3. Deux autres facteurs ont pu également joué un rôle non négligeable dans la décision de choisir Marc-Yvan Côté comme principal maître d'œuvre d'importantes réformes en santé et services sociaux. D'une part, le ministre ne cachait pas son intention de quitter la politique active après avoir complété la régionalisation au MSSS, ce qui tendait à le soustraire (du moins, en partie) aux pressions que ne manqueraient pas d'exercer sur lui certains groupes de professionnels qui auraient préféré le maintien du statu quo (notamment certains groupes de médecins). D'autre part, Marc-Yvan Côté était reconnu comme un régionaliste convaincu. Député de la Gaspésie de 1973 à 1976 puis député de Charlesbourg à partir de 1983, il a été un fervent défenseur des intérêts des régions de l'Est du Québec pendant plusieurs années (Lesage, 1990).

De leur côté, les regroupements nationaux d'organismes communautaires vont également prendre la mesure d'une réforme qui met en place les conditions pour une nouvelle configuration des rapports sociaux au sein du système sociosanitaire. Pour ces derniers, en effet, « il est évident que la régionalisation [...] change la dynamique des rapports entre la population et les pouvoirs publics, et entre les régions et le pouvoir central » (TRPOCB, 1992, p. 16). À leurs yeux, le partenariat souhaité par le MSSS est envisageable à condition que le tiers secteur communautaire ne soit pas reconnu uniquement « pour ce qu'il apporte, mais d'abord pour ce qu'il est : un mouvement social porteur d'alternatives, un espace de liberté et de créativité porteur de changement social, un espace de mobilisation et de participation de la population à l'organisation de la société » (TRPOCB, 1992, p. 17).

De toute évidence, les prémisses des transformations envisagées n'étaient pas les mêmes pour le ministre Côté et les représentants des milieux communautaires. En entrevue avec un journaliste du quotidien *Le Devoir* en 1990, le ministre affirmait qu'étant donné la conjoncture économique difficile, et les restrictions budgétaires que devait s'imposer le gouvernement, « chacun doit faire sa part, d'autant que l'argent, déjà rare, le sera de plus en plus et que l'État-providence, bel et bien mort, est en voie d'être enterré, avec un certain nombre de rêves et d'illusions » (Lesage, 1990, p. B-4). Mais la volonté du ministre de redonner aux citoyens une partie du pouvoir exercé par les producteurs de services n'était pas feinte. Si les politiques associées au courant de droite du Parti libéral transpirent assurément dans certaines des propositions associées au projet de loi 120 (imposition d'un ticket orienteur, application de l'impôt-service, désassurance de certains services, etc.), les mesures ayant pour objectif de démocratiser le système sont bien présentes et témoignent d'une réelle volonté de démocratisation du système (élection des administrateurs d'établissement et des régies régionales et reconnaissance des organismes communautaires).

À plusieurs égards, la réforme Côté voulait remédier aux défaillances des dispositifs démocratiques hérités de la réforme Castonguay-Nepveu et concrétiser la participation citoyenne souhaitée par les artisans de cette réforme. D'un côté donc, un argumentaire gouvernemental réformiste arguant une meilleure efficacité du système pour justifier les nouvelles politiques mises en place, incluant une place non négligeable aux dispositifs permettant l'exercice d'une nouvelle démocratie (qui devait précisément favoriser l'efficacité et l'efficience du système). De l'autre, des revendications provenant des milieux communautaires s'appuyant, d'une part, sur les principes d'innovations et, d'autre part, sur les principes d'entraide, de participation et de justice sociale. Si les compromis avec les politiques de désassurance de certains services et d'intégration des

organismes communautaires sont plus difficiles à envisager pour les acteurs sociaux du tiers secteur, en revanche, les éléments de la réforme associés à la participation et à la démocratisation du système semblent avoir constitué la base du compromis établi à cette occasion entre le MSSS et les organismes communautaires.

Ainsi, le ministre Marc-Yvan Côté, qui prenait le relais de Thérèse Lavoie-Roux afin de mener à bien le projet de réforme qu'elle avait amorcé, se distance du projet initial sur un certain nombre de points importants, notamment en revoyant la composition des sièges aux conseils d'administration des établissements exclusivement réservés aux usagers dans la version Lavoie-Roux. Dans le projet de loi 120, les usagers demeurent majoritaires mais des sièges sont attribués aux représentants du personnel clinique et professionnel, ce qui rend ces instances plus conformes aux principes du « *multistakeholder* » en favorisant une représentativité plus diversifiée des acteurs sociaux œuvrant au sein des établissements. Le projet du ministre Côté s'attaque également de manière plus frontale à certains aspects de la pratique médicale, notamment aux paramètres présidant à la rémunération des médecins, l'inclusion des cabinets privés dans les plans d'effectifs régionaux et la régionalisation des budgets de la RAMQ. Ces initiatives législatives vont provoquer de vives protestations de la part des membres de la profession médicale qui entendaient défendre le libre exercice de la médecine au Québec et dénoncer un projet qu'ils jugeaient comme « un virage technocratique sans précédent en Amérique du Nord » (Roy, 1991, p. 26).

Ces prises de position tranchées, le ministre les défend en invoquant l'appui qu'il a reçu lors des consultations précédant la présentation de son Livre blanc. À l'inverse du projet concocté par Thérèse Lavoie-Roux, conçu « par une poignée de fonctionnaires » selon Marc-Yvan Côté, l'ébauche de son projet de loi a été élaborée à la suite de l'implication d'une cinquantaine de cadres supérieurs et la rencontre de près de 350 personnes œuvrant dans le système sociosanitaire (Paré, 1990), incluant des représentants des milieux communautaires (Entrevues n° 15 et n° 27). Ce qui n'empêchera pas les deux principales fédérations représentant la profession médicale, soit la Fédération des omnipraticiens et la Fédération des médecins spécialistes, et surtout la Corporation professionnelle des médecins du Québec dirigée par Augustin Roy, d'exiger du ministre des modifications majeures à son projet de loi sous peine d'un affrontement ouvert avec leurs membres (Francoeur, 1991). Le ministre va d'ailleurs devoir reculer sur certains aspects de sa réforme (notamment la régionalisation des programmes de la RAMQ), tout en maintenant le cap sur certaines modalités visant une meilleure répartition des effectifs médicaux. Au dire même du ministre, « des compromis » ont donc dû être trouvés afin de satisfaire certains groupes

d'acteurs sociaux disposant d'un pouvoir d'influence important à la fois dans l'opinion publique et au sein du système sociosanitaire (Francoeur, 1992, p. B-1).

La dernière pièce au tableau de cette réforme, pilotée par Marc-Yvan Côté, fut l'adoption en 1992 de la Politique de santé et de bien-être (PSBE) et la création du Conseil de la santé et du bien-être (CSBE), un organisme consultatif qui prenait le relais du Conseil des affaires sociales et de la famille, et qui avait pour mission de fournir des avis au MSSS et d'informer le public sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Le CSBE se voulait en quelque sorte le porteur de la PSBE au sein du MSSS. Comme bien d'autres éléments de la réforme Côté, la PSBE émanait de propositions formulées par la commission Rochon. Cette politique devait servir de guide au MSSS dans le choix et la mise en oeuvre de ses stratégies visant à améliorer la santé et le bien-être de la population.

Rappelons que la commission Rochon avait dénoncé, dans son rapport en 1988, l'absence d'objectifs clairs dans la détermination et l'application des politiques du MSSS, et proposait de «replacer la personne au centre d'un système où les moyens sont devenus trop souvent des fins en soi» (Rochon, 1988, p. 475). Or, la Politique venait remédier à cette défaillance du système en fixant au MSSS près d'une vingtaine d'objectifs à atteindre sur une période de dix ans (1992-2002). Certes, la PSBE ne se référait pas directement aux organismes communautaires, mais par son orientation générale, axée sur les déterminants sociaux de la santé (environnement, conditions de vie, etc.), elle participait aux transformations sociales qui allaient favoriser l'essor du tiers secteur dans le domaine sociosanitaire au cours des années 1990<sup>4</sup>.

### 3. DE NOUVELLES STRUCTURES ET DE NOUVEAUX ACTEURS SOCIAUX

L'annonce et la mise en oeuvre de la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux entraînent de profonds bouleversements dans les rapports qui unissent les milieux communautaires avec le MSSS. De manière générale, le processus de régionalisation prévu dans la Loi (chapitre 42 de 1991) suscite des craintes et des appréhensions chez plusieurs acteurs sociaux touchés de près par la refonte du système (Entrevues n° 2, n° 6, n° 12, n° 13, n° 15, n° 16, n° 27 et n° 35). Pour faire face à cette régionalisation,

---

4. La PSBE va toutefois faire l'objet de critiques au fil des années. Certains vont lui reprocher l'emprise trop grande exercée par l'approche épidémiologique sur sa problématique sociosanitaire; d'autres, l'imprécision de certains de ses objectifs.

dont l'un des principaux éléments est la création de 16 régies régionales<sup>5</sup> (une pour chacune des régions administrative du Québec) en remplacement des anciens Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), plusieurs regroupements d'organismes communautaires vont sentir le besoin de se structurer sur de nouvelles bases afin d'être en mesure d'exercer une influence sur les processus de transformation en cours et sur le fonctionnement du système, une fois achevés les réaménagements prescrits par la Loi. De nouveaux acteurs sociaux et de nouvelles institutions vont ainsi faire leur apparition au début des années 1990. Ils vont jouer un rôle important dans les événements marquant l'évolution du système sociosanitaire au cours de cette décennie et, à certains égards, éclipser certains acteurs sociaux ayant exercé une influence prépondérante dans les décennies précédentes. La poursuite de notre analyse exige donc, dans un premier temps, de présenter ces nouveaux acteurs sociaux et de faire un bref rappel de la conjoncture ayant favorisé leur émergence.

### 3.1. Les régies régionales

L'idée de la création des régies régionales remonte à la commission Rochon qui en avait fait une de ses principales recommandations (Rochon, 1988, p. 689). Initialement, la Commission prévoyait attribuer un pouvoir de taxation aux régies régionales, un peu à l'image de ce qui se faisait déjà pour les commissions scolaires dans le domaine de l'éducation (Rochon, 1988, p. 698). Cette dernière proposition ne fut toutefois jamais mise en application, même si le ministre Côté semble y avoir été favorable<sup>6</sup> (Cauchon, 1990a). Néanmoins, avec le processus de régionalisation mis en branle à la suite de l'application de la nouvelle loi, les régies régionales se voyaient accorder des pouvoirs importants au plan de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des services sur leur territoire. Elles acquéraient également des responsabilités déterminantes au plan de la participation des citoyens à la gestion du réseau public, ainsi qu'au plan du financement des établissements et des organismes communautaires présents sur leur territoire (Gouvernement du Québec, 2001, p. 113). Ces pouvoirs allaient donc bien au-delà de ceux qui étaient détenus précédemment par les CRSSS. Leur attribution légale et politique en faisait désormais des acteurs centraux de l'évolution et du fonctionnement du système sociosanitaire québécois.

---

5. Une dix-septième régie régionale sera constituée en mai 1995, celle du Nunavik.

6. Dans une entrevue accordée au journal *Le Devoir* en 1990, le ministre Côté affirmait qu'il n'aurait pas eu peur d'accorder un pouvoir de taxation aux régies régionales « mais on n'est pas rendu si loin au Québec. Pas encore... » (Cauchon, 1990a, p. B-2).

Avec les nouvelles dispositions de la Loi, la responsabilité du financement de l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux incombait maintenant aux régies régionales. Le PSOC qui, depuis sa création en 1973, fonctionnait sur la base d'un programme centralisé au MSSS, se transformait donc en programme décentralisé, administré par les régies régionales. Ce sont en effet les régies qui auront désormais la tâche d'établir l'admissibilité des groupes au PSOC (les groupes doivent dans un premier temps être reconnus comme organisme de santé et de services sociaux) et de déterminer par la suite les montants qui leur seront octroyés. Ces nouveaux arrangements généralisaient en quelque sorte à l'ensemble des groupes en santé et services sociaux la politique de régionalisation appliquée depuis le milieu des années 1980 aux organismes communautaires en maintien à domicile et depuis la fin des années 1980 aux organismes communautaires en santé mentale. Ces dispositions allaient entraîner de nouvelles responsabilités pour certains fonctionnaires œuvrant dans les régies régionales, alors qu'à partir de 1992, chacune des régies régionales doit nommer un responsable du PSOC dans son organisation. Leurs responsabilités et leur influence vont toutefois varier selon les régions.

### 3.2. La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB)

La décennie s'amorce avec la parution le 7 décembre 1990 du *Livre blanc* de Marc-Yvan Côté sur la réforme du système sociosanitaire (MSSS, 1990b) qui sera suivie quelques semaines plus tard par le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi 120 qui sanctionne les mesures législatives associées à cette réforme (projet de loi qui sera finalement modifié et inscrit au chapitre 42 des lois et règlements du gouvernement du Québec de 1991). Or, la régionalisation va avoir un impact important sur les activités des milieux communautaires, notamment en transférant en 1994 au palier régional les responsabilités financières du MSSS envers les organismes communautaires (hormis les regroupements nationaux et certains groupes ayant une vocation provinciale). De leur côté, une douzaine de regroupements provinciaux d'organismes communautaires, représentant des groupes sur une base sectorielle (notamment le Regroupement des maisons de jeunes, l'R des centres de femmes, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale), vont amorcer un processus de concertation afin de se pencher sur ce projet de réforme et en analyser les conséquences pour les milieux communautaires. Ces rencontres vont déboucher en 1992 pour la production et la diffusion d'un document faisant l'analyse des incidences de la réforme sur les milieux communautaires, principalement sur la question de la

participation des organismes communautaires aux nouvelles instances démocratiques mises en place par le chapitre 42 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (TRPOCB, 1992).

Après cet exercice de collaboration et de discussion, sept regroupements provinciaux décident de poursuivre l'expérience et de se rencontrer ponctuellement afin d'échanger sur des enjeux et des dossiers communs. Ces regroupements vont ainsi constituer en 1991 le noyau fondateur de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB). Le nombre de regroupements membres de la Table va par la suite rapidement augmenter. Dès 1992, l'organisme compte une vingtaine de membres. En 2002, elle en regroupera une trentaine<sup>7</sup>. La TRPOCB ne sera toutefois incorporée au sens formel de la loi qu'en 1995, soit quelques mois après la régionalisation du PSOC en 1994.

Par ailleurs, avec l'avènement du processus de régionalisation, il semble que le MSSS se soit interrogé pendant un moment sur la pertinence de maintenir des regroupements d'organismes sur une base sectorielle. On se rappelle que l'avant-projet de loi déposé par Thérèse Lavoie-Roux en 1989 ne prévoyait aucun financement pour les regroupements d'organismes qui devaient s'autofinancer uniquement à partir de la cotisation de leurs membres (MSSS, 1989c). Devant les pressions effectuées par certains regroupements nationaux, le ministre Côté va revoir cette décision et maintenir le financement des regroupements nationaux qui vont d'ailleurs se retrouver sous la responsabilité directe du MSSS étant donné leur vocation suprarégionale<sup>8</sup> (MSSS, 1990b).

Mais cette question du financement des regroupements nationaux ne constituait que l'une des nombreuses préoccupations de la TRPOCB en regard de la réforme. De manière plus large, la Table s'est penchée sur deux questions principales : d'une part, la reconnaissance acquise par les organismes communautaires dans le projet de loi (avec l'inscription dans la Loi du fameux article 335 reconnaissant aux groupes leur pleine autonomie malgré un financement étatique) et leur participation accrue à la prestation de services dans le cadre d'un « nouveau partenariat » avec le MSSS et, d'autre part, la régionalisation des subventions aux organismes et leur participation aux nouvelles instances décisionnelles instituées par la Loi (TRPOCB, 1992, p. 8).

7. La liste complète des organismes membres de la TRPOCB se trouve sur le site Internet <[www.trpoch.org](http://www.trpoch.org)>.

8. La TRPOCB recevait en 1994-1995 une première subvention non récurrente de 60 000 \$ pour financer ses activités (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 23).

Ces nouvelles dispositions ont suscité de vives réactions dans les milieux communautaires. Dans la foulée des propositions de privatisation émises par le ministre Côté concernant le ticket modérateur et l'impôt-service, certains y ont perçu un risque de récupération du travail accompli par les organismes, de même que l'influence du monde marchand et des thèses néolibérales. Cette méfiance était également alimentée par la crainte, de certains regroupements, de perdre leur pouvoir d'influence sur les bailleurs de fonds à Québec, surtout les regroupements ayant réussi à établir des canaux de communication privilégiés avec certains fonctionnaires (Entrevues n° 2 et n° 30). D'autres qui cherchaient à se faire entendre depuis longtemps et qui n'avaient peut-être pas réussi à susciter l'attention qu'ils souhaitaient mettaient davantage en relief le potentiel de cette réforme au plan démocratique. La position adoptée par la TRPOCB envers cette réforme va alors refléter les diverses tendances qui se manifestaient au sein du tiers secteur communautaire. Ainsi, dans le document sur la régionalisation produit par la Table en 1992, on affirmait que :

Cette nouvelle forme de participation du mouvement communautaire (instituée par le projet de loi 120) pourrait constituer pour lui une occasion de se faire entendre davantage, et d'imprégner la vie en société des valeurs qu'il porte. Elle pourrait aussi favoriser davantage la participation de la population à l'organisation sociale, et ainsi élargir les bases de la démocratie. Mais cette participation risque de s'avérer difficile. Il est en effet loin d'être acquis que la régionalisation proposée favorise une réelle participation des organismes communautaires; elle pourrait plutôt signifier un embrigadement du mouvement communautaire dans un processus sur lequel il n'a rien ou peu à dire (TRPOCB, 1992, p. 6).

Cette position « tiède » à l'égard de la réforme Côté n'était pas sans similitude avec celle développée conjointement en 1991 par l'R des centres de femmes et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, deux regroupements nationaux qui faisaient partie de la coalition de regroupements à l'origine de la TRPOCB. Dans un document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux, auquel nous avons déjà fait référence dans le chapitre précédent, ces deux regroupements exposent des positions laissant poindre leurs craintes par rapport aux modalités de la réforme. Le titre de leur document évoque d'ailleurs leurs inquiétudes à cet égard : *La réforme Lavoie-Roux-Côté: entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes* (David, 1991).

Cela dit, ces deux regroupements, tout comme la TRPOCB, reconnaissent l'étape historique franchie avec ce projet de loi dans le cadre des rapports établis entre les organismes communautaires et le MSSS, et ce, même si « cela ne s'est pas fait sans douleurs parce qu'il y avait des regroupements qui étaient très anti-régionalisation pour toutes sortes de raisons



qui allaient de l'iniquité (interrégionale) au désengagement de l'État», nous confiait en entrevue un leader des milieux communautaires. Mais plusieurs représentants de ces milieux constataient également que, depuis la fin des années 1980, peu de progrès avait été accompli au plan de l'augmentation du financement des organismes communautaires. Rappelons que Thérèse Lavoie-Roux avait imposé un moratoire sur les budgets de développement des organismes communautaires à partir du milieu des années 1980 (voir le chapitre précédent). Dans ce contexte, certains semblent en être venus à la conclusion «qu'il n'y a rien à perdre avec la régionalisation du PSOC» (Entrevue n° 2, p. 5). C'est ainsi que la Table des regroupements va finalement adopter une position plus proactive visant à «démocratiser la régionalisation» (Entrevue n° 15, p. 11).

Incidentement, dans son document sur la régionalisation produit en 1992, la TRPOCB affirme «[qu']avec la loi 120, pour la première fois, une loi du Québec vient reconnaître le travail des organismes communautaires œuvrant dans le champ de la santé et des services sociaux en leur accordant un statut dans une législation» (TRPOCB, 1992, p. 8). Et malgré le fait que ce nouvel attrait pour les organismes communautaires s'inscrit, selon eux, dans une logique de réduction de coûts des services et donc, dans une «logique de privatisation, [...] il n'en demeure pas moins cependant que la reconnaissance qu'on [leur] accorde constitue un acquis indéniable» (TRPOCB, 1992, p. 9). On insiste notamment sur le contenu de l'article 335 qui se révèle particulièrement important «pour la sauvegarde de l'identité du mouvement communautaire» (TRPOCB, 1992, p. 9).

Cette question de la sauvegarde de l'identité des groupes est intimement liée à celle de la préservation de leur autonomie qui constituait (et constitue encore aujourd'hui) une revendication centrale des milieux communautaires. Le maintien et le développement d'une action communautaire dite «autonome» constituent en effet le cheval de bataille des regroupements d'organismes communautaires au cours des années 1990<sup>9</sup>. Ces derniers voient dans le processus de rapprochement et de «nouveau partenariat» avec le MSSS un élément de légitimité supplémentaire de leur action, mais aussi une stratégie visant une plus grande intégration des groupes selon la logique de programme-clientèle (entre autres par le financement lié à leur

---

9. Cette autonomie était particulièrement importante pour les milieux communautaires puisqu'elle permettait de les distinguer des ressources de type intermédiaire et des corporations sans but lucratif créées à l'initiative des régies régionales, afin de répondre expressément aux besoins de certains établissements publics (ce qui a été le cas dans le domaine des services à domicile par exemple) (Tremblay, 1987).

participation aux Plans régionaux d'organisation de services [PROS] et, plus tard, aux réseaux intégrés de services). Cette volonté de défendre le caractère autonome des organismes faisait d'ailleurs partie des raisons invoquées par les regroupements pour mettre sur pied la TRPOCB au début des années 1990 (Entrevue n° 17).

Question importante donc qui amenait les groupes à s'interroger sur les formes que prendrait le partenariat envisagé par le MSSS. Les principaux porte-parole des milieux communautaires vont ainsi dénoncer leur participation forcée aux PROS qui s'inscrivait, selon eux, dans une logique réductrice de services et menaçait « l'approche globale, éducative et démocratique préconisée par les organismes communautaires » (TRPOCB, 1992, p. 10). Compte tenu de l'inégalité des partenaires en présence – MSSS et organismes communautaires –, il apparaît évident, pour les regroupements nationaux, qu'un tel partenariat ne peut mener qu'à l'assujettissement des groupes aux pratiques du réseau public (David, 1991, p. 37). Si certains de nos informateurs ont mis en relief la « paranoïa » dont font preuve parfois les groupes à l'égard des stratégies de l'État (Entrevues n° 2 et n° 22), force est de constater que, sur plusieurs territoires, ces rapports étaient envisagés par les régies régionales – du moins au départ – sous l'angle d'une complémentarité instrumentale de l'activité des groupes à une programmation de services définie d'abord par les besoins d'une programmation étatique des services. Dans cette optique, il y avait peu de place pour le déploiement d'un partenariat où les organismes communautaires auraient été considérés comme des acteurs à part entière, libre non seulement de leurs choix de pratique, mais également de déterminer leurs objectifs et leurs orientations (Proulx, 1997).

En d'autres termes, certains acteurs du secteur public étaient prêts à accorder une autonomie aux organismes communautaires au plan organisationnel, mais se réservaient le droit d'imposer leur vue dans les arrangements institutionnels qui balisaient la participation de ces organismes à la prestation de services sur les territoires. Or, ces principes étaient pourtant inscrits dans le texte de loi qui stipule à cet égard qu'un « organisme communautaire qui reçoit une subvention [...] définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches » (Gouvernement du Québec, 1991, p. 69). Certains gestionnaires des régies régionales souhaitaient donc que les organismes du tiers secteur puissent conserver leur autonomie dans la mesure où cette même autonomie ne constitue pas un obstacle à la livraison des services qu'on attendait d'eux. Un paradoxe, comme nous pourrions le constater ultérieurement, que la Loi elle-même contribuait à entretenir.

En définitive, avec l'avènement de cette régionalisation, les groupes ont craint la perte d'une idiosyncrasie qui a fait leur originalité depuis leur émergence au début des années 1970 et que nous avons définie sur

la base d'un compromis entre les principes de justice sociale (critique sociale) et d'autonomie (critique artiste). Cette peur transcende la position des milieux communautaires à l'égard de la réforme. Selon la TRPOCB, les modalités de cette réforme font en sorte que les groupes sont davantage considérés pour ce qu'ils apportent plutôt que pour ce qu'ils sont, soit «un mouvement social porteur d'alternatives, un espace de liberté et de créativité porteur de changement social, un espace de mobilisation et de participation de la population à l'organisation de la société» (TRPOCB, 1992, p. 17). Leur insertion, plus poussée au sein du système sociosanitaire, leur fait donc craindre la perte de l'équilibre précaire qu'ils sont parvenus à établir dans plusieurs cas entre les principes de mobilisation et d'entraide (monde du don), de liberté et de créativité (monde inspiré) et de participation et d'égalité (monde civique). Or, les principes qui les animent s'accommodent en général plutôt mal d'une proximité trop grande avec un réseau centré sur la performance (monde industriel) et le développement de rapports de partenariat de type instrumental (monde connexionniste).

Quoi qu'il en soit, une bonne partie des organismes communautaires et leurs regroupements nationaux vont considérer comme inéluctable l'imposition de la régionalisation et décider d'en tirer le meilleur parti possible. Pour ce faire, certains membres de la Table ont organisé en 1992 une tournée régionale dans l'ensemble du Québec afin d'informer les responsables d'organismes communautaires des enjeux soulevés par la réforme (Entrevues n° 15 et n° 27). C'est dans cette optique que les membres de la TRPOCB ont pris la décision de constituer, dans chaque région du Québec, une table régionale des organismes communautaires, mieux connue sous l'acronyme de TROC, afin de mettre en place des lieux de concertation régionale pour les organismes communautaires qui seront habilités par la suite à négocier avec les régies régionales nouvellement créées (TRPOCB, 1992, p. 30).

### **3.3. Les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) et leur Coalition**

L'une des conditions à la participation des organismes communautaires aux nouvelles instances de participation créées par le projet de loi 120 était la création d'un regroupement régional afin que les organismes communautaires puissent «parler d'une même voix face aux régies régionales puisque ce sont elles qui ont désormais les pouvoirs par rapport aux organismes communautaires» (Entrevue n° 27, p. 3). La Loi prévoyait en effet de réserver quatre sièges pour les représentants des organismes communautaires au conseil d'administration des régies régionales (Gouvernement du Québec, 1991, p. 118-120). Les milieux communautaires vont donc se doter d'une

structure représentative regroupant l'ensemble des organismes communautaires présents sur un territoire de régie régionale qu'ils vont nommer simplement « tables régionales d'organismes communautaires » (TROC).

La première TROC fut mise sur pied en Mauricie-Bois-Francs en 1992 (Entrevues n° 2, n° 15 et n° 27). Cette région semble avoir assumé un certain leadership à cet égard puisque dès 1990, soit dès l'annonce de la réforme et avant même que soit promulguée la Loi, elle mettait en place un comité *ad hoc* sur la régionalisation qui allait lui-même se muer en comité permanent sur la régionalisation en 1991. Ce comité a obtenu son incorporation en 1992 sous l'appellation de Mouvement populaire et communautaire 04. Il allait devenir par la suite la première TROC au Québec (Entrevue n° 27, p. 1-2). Le rôle de pionnier joué par cette région n'est pas étranger au fait qu'elle a pu profiter de l'expertise de certains leaders du milieu communautaire particulièrement attentifs aux enjeux de la réforme et qui ont œuvré successivement (et presque simultanément) pour la TRPOCB et pour le Comité régional en Mauricie au début des années 1990<sup>10</sup>.

D'ailleurs, l'émergence de cette première TROC a été l'amorce d'un mouvement qui allait progressivement s'étendre à l'ensemble des régions du Québec au cours des années 1992 et 1993. Au total, 16 TROC vont être mises sur pied au cours des années 1990<sup>11</sup>. Ce processus s'est toutefois réalisé selon des modalités diverses et avec une intensité variable selon les régions. Dans certains territoires, la constitution des TROC a été soutenue par l'ensemble des organismes communautaires, incluant les Tables rondes d'organismes volontaires en éducation populaire (TROVEP). Dans d'autres, ce fut davantage l'affaire d'organismes en santé et services sociaux (Entrevue n° 30, p. 3-4). Mais cette représentation régionale pouvait aussi prendre des couleurs particulières. À Laval, par exemple, les organismes du territoire ont décidé d'accorder le mandat de

---

10. Nous pensons ici notamment à Jean Proulx de la région de la Mauricie-Bois-Francs qui a participé à la mise sur pied du comité *ad hoc* sur la régionalisation dans cette région tout en étant l'un des principaux signataires du document d'analyse de la réforme produit en 1992 par la TRPOCB. Lorraine Guay, responsable du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale à l'époque, et Françoise David, responsable de l'IR des centres de femmes, ont elles aussi joué un rôle important dans les réflexions menant à la constitution des premières TROC.

11. La différence entre le nombre de TROC (16) et le nombre de régions administratives au Québec (18) s'explique par la présence d'une seule TROC (et aussi d'une seule régie régionale) pour deux régions sociosanitaires distinctes (Mauricie et Centre-du-Québec) ainsi que par l'absence de TROC sur le territoire du Nunavik, dans la région Nord-du-Québec.

la TROC à leur Corporation de développement communautaire (CDC) qui assumait ainsi une double fonction représentative (Entrevue n° 11). De plus, l'investissement des groupes locaux, et conséquemment, la représentativité de ces tables régionales, pouvait varier d'une région à l'autre. Si certaines régions se sont rapidement mobilisées sur les enjeux locaux de la réforme, sur d'autres territoires, il a fallu attendre jusqu'en 1995 avant de voir les représentants des milieux communautaires mettre sur pied leur instance régionale. La mobilisation des groupes a donc varié d'une TROC à l'autre.

De fait, certaines régions ont reçu le premier financement de leur TROC en 1994, soit avant même qu'elle n'ait été mise sur pied. Les premières TROC avaient pu fonctionner grâce au bénévolat de militants communautaires et au versement de sommes modestes provenant de diverses sources, notamment de Centraide et de certaines communautés religieuses. Par suite des négociations avec les responsables des TROC, le MSSS, par l'entremise du PSOC, accordait environ 25 000 \$ par région afin d'assurer la concertation des organismes communautaires sur leur territoire, ce qui était moins de la moitié du montant exigé par les représentants communautaires (Entrevue n° 27). L'émergence des TROC va néanmoins constituer un changement important au sein des instances représentatives du tiers secteur communautaire puisque, jusque-là, cette fonction représentative avait été assumée en majeure partie par les regroupements nationaux qui rassemblaient les organismes communautaires sur une base sectorielle, c'est-à-dire à partir des personnes visées par leur intervention (femmes violentées, personnes âgées, jeunes, etc.) ou à partir des problématiques particulières touchées par leurs activités (santé mentale, services à domicile, etc.). Or, la régionalisation forçait les organismes à se regrouper dans un même territoire sur une base intersectorielle, peu importe les clientèles desservies ou les problématiques concernées, la seule condition étant d'être reconnu par la régie régionale comme un groupe œuvrant en santé et services sociaux. En théorie, les TROC représentaient l'ensemble des organismes en santé et services sociaux présents sur un territoire. En pratique, toutefois, elles ont surtout regroupé les organismes sans regroupement national et, donc, souvent les moins bien financés (Entrevues n° 2, n° 15 et n° 27).

Mais de manière générale, les personnes interrogées dans le cadre de ce livre convenaient que cette régionalisation a forcé les organismes communautaires d'un même territoire, sinon à se fréquenter plus assidûment, du moins à mieux se connaître et à se reconnaître entre eux. La création des TROC a donc permis aux groupes de se concerter, «de s'armer, de se solidariser pour faire face à un potentiel ennemi [soit la régie régionale]», pour reprendre les termes d'un responsable d'une TROC (Entrevue n° 2, p. 9).

Dès lors, à mesure que grandissait le nombre de tables régionales, le besoin d'une coordination centrale s'est fait sentir de manière plus pressante afin de donner une certaine cohésion à l'action des diverses TROC disséminées sur le territoire québécois. D'autant plus que l'une des principales craintes exprimées par certains représentants des milieux communautaires était précisément que le MSSS profite de la régionalisation – et de l'éclatement territorial des instances représentatives des milieux communautaires – pour imposer aux groupes des barèmes de financement moins élevés que ceux négociés par certains grands regroupements ainsi que des modes et des conditions de financement peu respectueux de l'autonomie des groupes. Une Coalition des TROC a donc été mise sur pied en 1995. Fonctionnant de manière plus ou moins formelle au départ – la Coalition n'obtiendra son incorporation légale qu'en 2000<sup>12</sup> –, soutenue par l'action militante de certaines personnes et les ressources de la TRPOCB, la Coalition va d'abord s'investir dans l'organisation de rencontres nationales réunissant les TROC et les membres de la TRPOCB afin d'élaborer une plate-forme de revendications communes aux organismes en santé et services sociaux (Entrevue n° 30, p. 5). Nous allons voir que cet exercice de concertation s'est révélé plutôt difficile.

### 3.4. Des relations tendues entre les regroupements nationaux et les TROC

Comme nous venons de le voir, les TROC sont nées au début des années 1990 de l'initiative de certains leaders des milieux communautaires œuvrant à la TROPB afin de doter les organismes communautaires d'un interlocuteur viable en mesure d'interpeller et de négocier avec les nouvelles régies régionales responsables de la reconnaissance et du financement des organismes communautaires en santé et services sociaux. Mais les divers regroupements nationaux ne forment pas un mouvement uniforme partageant toujours des positions similaires sur l'ensemble des dossiers qui les concernent. Le Regroupement des maisons de jeunes va ainsi se positionner contre la réforme et la régionalisation du PSOC alors que des regroupements, comme l'R des centres de femmes par exemple (avec Françoise David), vont prendre acte de ces transformations et plutôt tenter d'inscrire la reconnaissance acquise au fil des années dans les nouvelles règles du jeu instituées par la réforme (Entrevue n° 2, p. 21-23). D'autres encore vont prendre le « train sans entrain », pour reprendre l'expression du responsable du Regroupement des maisons d'hébergement jeunesse du Québec, et adopter

---

12. La première assemblée générale de la Coalition a eu lieu en 2002.

une position plus attentiste et défensive (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 8). Ces regroupements – qu'on ne peut qualifier de prorégionalisation mais qui avaient pris la décision de l'infléchir dans une direction plus près de leurs intérêts ou, du moins, de ne pas la combattre – vont ainsi être à l'origine de la création de la TRPOCB qui constituait en quelque sorte une des premières réponses concrètes apportées par les regroupements nationaux aux changements introduits par le projet de loi 120. Presque toujours implantés à Montréal, les regroupements réunis au sein de la TRPOCB en sont venus rapidement à la conclusion qu'il serait impossible, sur leur propre base, de mettre sur pied des instances régionales de représentation dans 16 territoires différents. Cette prise de conscience les a donc amenés à favoriser le développement d'organisations régionales – les TROC – qui deviendraient les interlocuteurs des régies régionales sur chacun des territoires (TRPOCB, 1992).

Or, au fur et à mesure que le mouvement des TROC prenait de l'ampleur, les groupes en région sont devenus beaucoup plus actifs sur une base régionale à partir de leur propre dynamique (Entrevue n° 15, p. 12). D'une certaine manière, cette émancipation par rapport aux grands regroupements nationaux et à la TRPOCB était inévitable compte tenu des transformations importantes insufflées par la réforme aux dispositifs institutionnels, balisant les rapports entre le MSSS et le tiers secteur communautaire. Les prérogatives et le pouvoir d'initiative de l'État régulateur allaient donc, dans une certaine mesure, façonner la configuration des instances représentatives des milieux communautaires. La réforme substituait en effet une dynamique régionale et intersectorielle à celle qui s'était développée historiquement entre les groupes et le MSSS, davantage axée sur des rapports nationaux et sectoriels.

Dans ce nouveau contexte, une dizaine de rencontres dites nationales, regroupant les leaders des milieux communautaires, ont été tenues au cours des années 1990. Organisées à l'initiative de la TRPOCB, les deux premières rencontres ont eu lieu en octobre 1992 et 1993. Elles ont permis aux participants de tracer un premier bilan de la réforme et d'amorcer les discussions concernant les relations entre la TRPOCB et les TROC. C'est également à cette occasion (1993) que les responsables communautaires mettaient sur pied un « comité de stratégie » conjoint (TRPOCB et TROC) et déterminaient la composition du comité ministériel de liaison, chargé de négocier avec le MSSS des balises nationales de financement pour le PSOC. Les rencontres nationales subséquentes (1993, 1994, 1995, 1996, 1997 et 2000) vont d'ailleurs être organisées conjointement avec les TROC (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 18-24). En 1995, ces deux regroupements franchissaient un pas de plus vers une meilleure articulation de leurs actions politiques alors que la Coalition des TROC acheminait

à la TRPOCB une demande formelle de participation à ses instances (Coalition des TROC, 1995). La TRPOCB répondait favorablement à cette requête et intégrait à son conseil d'administration quatre représentants des TROC qui venaient s'ajouter aux représentants d'une trentaine de regroupements provinciaux (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 22).

Notons toutefois que la mise en place, par le gouvernement du Québec, du Secrétariat à l'action communautaire (SACA) en 1995 amène les milieux communautaires à modifier l'ordre du jour de leur sixième rencontre nationale et à annuler le point sur « les positions communes et les perspectives d'action et de mobilisation » au profit d'un débat sur le SACA (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 19). Encore une fois, l'action gouvernementale venait perturber la stratégie des organismes communautaires, puisque les mesures conséquentes à cette initiative gouvernementale allaient éventuellement se superposer aux démarches déjà entreprises par les représentants des milieux communautaires et du Ministère concernant le financement des organismes. Nous détaillerons plus en profondeur cet épisode important des rapports entre l'État québécois et les organismes communautaires au point suivant.

En 1996, la septième rencontre nationale avait pour thème les « nouveaux rapports entre la Table des regroupements provinciaux et la Coalition des TROC » (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 19). Ce thème reflétait en quelque sorte les tensions présentes entre ces deux organisations qui sentaient alors le besoin de clarifier leur rôle respectif, compte tenu de la confusion qui commençait à s'installer chez les militants et les organismes locaux quant aux stratégies à adopter sur certains dossiers, notamment les négociations avec le MSSS sur la question du financement (TRPOCB, 1996). L'objectif de cette rencontre nationale était précisément que « les Tables régionales et les Regroupements provinciaux deviennent des partenaires efficaces et solidaires » (TRPOCB et Coalition des TROC, 1996, p. 3). Malgré ces efforts de concertation, les points de friction à l'intérieur même du tiers secteur communautaire entre les acteurs porteurs de chacune de ces dynamiques n'allaient pas tarder à se manifester de manière encore plus vive (Entrevues n° 2, n° 11, n° 15, n° 27 et n° 30).

La rencontre nationale de 1997, au cours de laquelle les représentants des milieux communautaires étaient invités à se prononcer sur les propositions relatives aux balises nationales du comité ministériel, a ainsi été le théâtre de dissensions importantes au sein des milieux communautaires qui ne sont pas parvenus à s'entendre unanimement sur la position à adopter à cet égard (Entrevues n° 27 et n° 30). Malgré l'adoption d'un cadre de référence sur la politique de reconnaissance des organismes communautaires qui déterminait des fourchettes de financement et des



modalités particulières d'attribution des sommes versées par le PSOC régionalisé (TRPOCB et Coalition des TROC, 1997), un certain nombre de TROC et de regroupements ont tenu à exprimer publiquement leur désaccord avec ce cadre adopté démocratiquement (Entrevue n° 27, p. 17-20). Cet échec stratégique sera finalement le prélude à une série de revers des milieux communautaires dans leurs tentatives pour mener une action commune et définir des positions convergentes face au MSSS.

Signe manifeste des divergences qui sont apparues durant cette période entre les diverses instances représentatives des milieux communautaires : aucune rencontre nationale n'a eu lieu au cours des trois années qui ont suivi cette rencontre houleuse, même si la TRPOCB et les TROC ont poursuivi leur travail conjoint sur certains dossiers particuliers (Entrevue n° 30, p. 9). Il a fallu attendre le mois d'avril 2000 pour qu'une autre rencontre nationale soit organisée conjointement par les deux instances. Celle-ci portait alors sur l'autonomie des groupes et leur financement, question récurrente, s'il en est une, pour ces organismes, et ne fut qu'un demi-succès si l'on en croit les témoignages recueillis à ce sujet (Entrevues n° 2, n° 30 et n° 40). Certes, les discussions ayant eu lieu ont permis d'établir, du moins théoriquement, « un front commun des organismes communautaires en santé et services sociaux » (Entrevue n° 30, p. 14). Par contre, la seule véritable retombée de ce front commun semble avoir été l'organisation d'une manifestation réunissant environ 1 500 personnes, toutes issues des milieux communautaires, à l'occasion du congrès national du Parti québécois qui se tenait à Montréal en mai 2000<sup>13</sup>. Or, même si l'on pouvait considérer cet événement comme un précédent, puisque au dire de certains de nos informateurs, c'était l'une des toutes premières fois qu'une manifestation regroupant uniquement des membres des milieux communautaires parvenaient à réunir autant de personnes, ce « front commun » n'a pas permis d'établir une plate-forme de stratégies et de revendications communes entre la TRPOCB et la Coalition des TROC (Entrevues n° 2, n° 11 et n° 30).

D'ailleurs, la Coalition des TROC mènera seule une vaste enquête auprès des organismes communautaires à l'hiver 2001 dans le but de mieux connaître leur situation financière (Entrevues n° 11 et n° 30). Les résultats sont présentés à la ministre Maltais en mai 2001 par la Coalition des TROC qui lui signifie « l'urgence de rehausser significativement l'enveloppe PSOC » (Coalition des TROC, 2002a, p. 1). En réponse à leur

---

13. Rappelons que le Parti québécois a pris le pouvoir en 1994 avec, à sa tête, Jacques Parizeau qui succédait ainsi à Daniel Johnson et au Parti libéral. Lucienne Robillard était alors remplacée par Jean Rochon au MSSS.

demande, la ministre invitait alors les représentants des organismes communautaires à participer à un nouveau comité de travail chargé de la révision du PSOC (Coalition des TROC, 2002b). Cette nouvelle conjoncture entraîne le retour d'une action conjointe TRPOCB et Coalition des TROC qui vont s'asseoir ensemble à la table de négociations avec le Ministère (Entrevues n° 11 et n° 30).

Mais comme si cela n'était pas suffisant en termes de complexité des rapports entre les différentes instances des milieux communautaires et le MSSS, le gouvernement annonce en janvier 2002 la révision du mandat du comité sur la réforme du PSOC. Celui-ci aura désormais comme responsabilité de revoir les « orientations ministérielles portant sur les relations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires » (MSSS, 2002b; Coalition des TROC, 2002a et b). En d'autres termes, ce comité, formé à l'origine pour réviser le PSOC, voit son mandat s'élargir et devenir un « comité aviseur » du MSSS chargé de conseiller le gouvernement dans l'application de la nouvelle politique du SACA, adoptée en juillet 2001 (MESS, 2001). Les membres du comité issus du Ministère remettaient donc en janvier 2002 aux représentants communautaires un document de travail (confidentiel) exposant les perspectives gouvernementales à cet égard (MSSS, 2002b). Cette proposition fut très mal reçue par les représentants communautaires, ceux-ci dénonçant le détournement du mandat du comité et appréhendant les conséquences de la volonté ministérielle d'inclure les organismes communautaires dans l'organisation d'un nouveau réseau intégré de services (Coalition des TROC, 2002a et b). Le dépôt de ce document fut encore une fois le prétexte à une division des milieux communautaires : la Coalition des TROC prit alors la décision de se retirer du comité pour protester contre sa nouvelle orientation alors que la TRPOCB décida de maintenir sa présence, afin de tenter d'influencer l'orientation des politiques inscrites dans le document de travail.

Ces quelques épisodes marquants de l'histoire des relations entre la TRPOCB et les TROC nous donnent un aperçu des tensions qui sont apparues au fil du temps entre ces deux organisations. Dès lors, la question se pose : comment expliquer les difficultés de la TRPOCB et des TROC – deux instances représentant des organismes communautaires se nourrissant au même creuset des mouvements sociaux – à s'entendre pour élaborer des stratégies et des revendications communes face au ministère de la Santé et des Services sociaux ? Deux raisons principales peuvent expliquer ces tensions internes aux milieux communautaires en santé et services sociaux. D'abord, comme nous l'avons souligné, la réforme imposait de nouvelles structures au sein du système sociosanitaire. Ces transformations allaient dans le sens d'une régionalisation de certaines institutions qui s'étaient,

jusque-là, fort bien accommodées d'une organisation centralisée. Le PSOC notamment était un programme national, géré directement à Québec par les fonctionnaires, qui finançait les organismes communautaires sur la base de catégories (ou de secteurs selon le vocabulaire employé par le MSSS) répondant en grande partie aux découpages par programme-clientèle caractérisant le Ministère lui-même : secteurs femmes, jeunesse, maintien à domicile, etc. Plusieurs des éléments les plus dynamiques des milieux communautaires s'étaient d'ailleurs développés historiquement en s'arrimant, pour leur financement, à ces programmes-clientèle et ont su profiter des priorités gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. Nous pensons ici entre autres aux groupes de femmes et à certains éléments du mouvement des jeunes qui ont su s'adapter à cette configuration « par silo » et à exercer un lobby relativement efficace auprès des unités administratives responsables des programmes correspondant à leurs préoccupations et à leurs intérêts. Or, avec la régionalisation, ces regroupements d'organismes communautaires allaient perdre jusqu'à un certain point l'accès aux canaux de communication et au pouvoir d'influence qu'ils avaient patiemment développés auprès du MSSS au cours des années précédentes (Entrevues n° 2, n° 12, n° 27 et n° 30).

Le second facteur à l'origine des frictions entre la tendance régionale et nationale au sein des milieux communautaires réside justement dans les avantages relatifs acquis par certains organismes communautaires membres de regroupements ayant tiré parti de leur stratégie de lobbying politique. Ces organismes occupaient en général le haut de l'échelle de financement des groupes et pouvaient compter, dans certains cas, sur un cadre de reconnaissance et de financement leur permettant de recevoir des subventions récurrentes et plus substantielles que celles reçues en moyenne par les autres organismes. Plusieurs de ces organismes se retrouvaient dans le 30 % des groupes les mieux financés, recevant 70 % du total des subventions accordées au tiers secteur communautaire (Tremblay, 1987). Or, jusque-là, ces disparités dans le financement des groupes relevaient davantage « de la rumeur » que de faits confirmés puisque le MSSS ne rendait pas publics les montants versés aux organismes communautaires (sinon pendant un court laps de temps au début des années 1970). Mais avec la régionalisation, les organismes ont eu accès à davantage d'informations concernant le financement de l'ensemble des organismes communautaires sur leur territoire, peu importe leur champ d'intervention (Entrevue n° 2) et, comme nous le révélait en entrevue une leader des milieux communautaires, « il y en a qui ont eu des petites surprises » (Entrevue n° 15, p. 17).

À cet égard, les groupes de femmes se sont révélés parmi les organismes communautaires les mieux financés par le MSSS. Le volet « maintien à domicile » des centres d'action bénévole semblait aussi avoir été financé plus généreusement que d'autres organismes communautaires de services à

domicile (Entrevues n° 27 et n° 2). Mentionnons également que les organismes en santé mentale jouissaient eux aussi d'une position financière enviable par rapport à d'autres types de ressources communautaires, et ce, même s'ils n'étaient pas encore financés par le PSOC mais par l'entremise de la Direction de la santé mentale. Bref, des disparités importantes sont apparues dans le financement des groupes et la question de l'équité financière est devenue un enjeu majeur des rapports, non seulement entre le MSSS et les organismes communautaires, mais aussi entre les groupes eux-mêmes.

Des négociations difficiles se sont donc amorcées entre les TROC et la TRPOCB afin d'établir des bases communes de revendications financières. Pour les TROC, «l'idée était d'amener l'ensemble des groupes à un minimum de financement avant d'augmenter ceux qui en avaient déjà» (Entrevue n° 27, p. 8). En d'autres termes, il s'agissait en priorité de donner un coup de pouce aux groupes les moins fortunés, ceux qui, en règle générale, étaient représentés par les TROC<sup>14</sup> (Entrevues n° 2, n° 15 et n° 30). Évidemment, une telle revendication impliquait plus ou moins le «statu quo» pour les organismes mieux pourvus financièrement (Entrevue n° 30, p. 11), ce qui était loin «de faire l'affaire de ceux habitués de négocier à Québec», c'est-à-dire les organismes membres des regroupements nationaux, comme le faisait remarquer un informateur clé des milieux communautaires (Entrevue n° 27, p. 8). On assistait donc à un changement de stratégie dans les rapports qui avaient, jusque-là, prévalu entre les organismes communautaires et le MSSS, une stratégie qu'une leader des milieux communautaires décrivait elle-même comme étant «au plus fort ou au plus mobilisé la poche puisque qu'avec le SOC, plus les regroupements se mobilisaient, plus ils allaient chercher des sous» (Entrevue n° 15, p. 23).

Les structures centralisées du MSSS avaient donc bien servi certains organismes et regroupements communautaires qui avaient su tirer leur épingle du jeu à travers des rapports fortement teintés par des relations parfois directes et personnelles avec les fonctionnaires et le monde politique (monde domestique) et par des effets de mode priorisant certaines problématiques (monde de l'opinion). Des informateurs clés provenant du tiers secteur communautaire et d'autres issus du MSSS reconnaissaient en entrevue que certains regroupements des milieux communautaires avaient bénéficié d'un meilleur financement et exercé une plus grande influence

---

14. Avec le recul, il semble que la région de la Mauricie ait été l'une des seules qui ait vraiment négocié et respecté un protocole visant à favoriser d'abord les groupes défavorisés lorsque de nouveaux crédits étaient débloqués par la régie régionale (Entrevue n° 15).

lorsque le PSOC était centralisé. Mais l'envers de la médaille était que plusieurs groupes demeuraient dans l'ombre des groupes mieux reconnus et ne parvenaient pas à trouver de solution à leur situation de sous-financement chronique (Entrevues n° 2, n° 11, n° 13, n° 15, n° 21, n° 27, n° 30 et n° 33). Désormais, les nouveaux principes introduits par la réforme rendaient inopérantes les stratégies de lobbying à Québec et mettaient en place des dispositifs démocratiques (monde civique) impliquant une concertation générale des organismes communautaires au plan régional.

De son côté, la TRPOCB arguait qu'un groupe membre d'un regroupement national ne pouvait accepter un financement moindre que celui prévu par le cadre de financement négocié par son regroupement au plan provincial, peu importe les ententes prises régionalement. On voulait donc que le principe d'équité ne soit pas qu'intrarégional, mais qu'il s'applique également de manière interrégionale pour les organismes œuvrant dans un même champ d'activité (Entrevue n° 15). Finalement, les TROC et les regroupements nationaux semblent s'être entendus sur la nécessité de favoriser une certaine forme d'équité à la fois entre les organismes sur un même territoire et entre les secteurs au plan interrégional (Entrevue n° 30). Mais cela n'a pas suffi à faire disparaître complètement la méfiance réciproque et l'esprit de concurrence qui s'étaient installés entre les représentants régionaux et nationaux des milieux communautaires. Cette situation va d'ailleurs perdurer tout au long des années 1990 et éclater en conflit ouvert lors de la rencontre nationale des organismes communautaires en 1997 ainsi que lors de la tentative de front commun de ces mêmes organismes en 2000.

Il faut dire que le compromis n'était pas facile à trouver étant donné la faiblesse générale du financement octroyé aux organismes communautaires par le MSSS (malgré l'existence d'organismes mieux subventionnés dans certains domaines d'activité), la diversité de leurs champs d'intervention et la multiplicité de leurs instances représentatives. Un acteur des milieux communautaires impliqué dans les événements de l'époque racontait en entrevue les difficultés éprouvées pour concilier les revendications des diverses organisations communautaires : « qu'est-ce qu'on choisit entre la régionalité et la centralité? On ne peut pas choisir l'une et pas l'autre. Il faut choisir les deux et on est en tension. C'est à l'intérieur de ça que nous étions constamment. Et ça, c'était difficile d'arriver à trouver une solution » (Entrevue n° 15, p. 19).

En outre, les querelles entre les TROC et les regroupements nationaux étaient alimentées par les agissements de certains groupes communautaires qui acceptaient, sur une base locale ou régionale, d'être financés à partir d'ententes de services (plutôt que sur le principe de leur mission de base comme le préconisait le PSOC) ou qui acceptaient des subventions inférieures

au cadre de financement négocié par leur regroupement au plan national (Entrevues n° 12 et n° 15). Comme le signalait en entrevue un ex-responsable de regroupement, «des compromis, on en fait toujours, mais c'est intéressant de contrôler le débit» (Entrevue n° 12, p. 12). Or, avec la régionalisation, il semble que les mandats de négociation des regroupements nationaux soient devenus plus flous, puisque certains de leurs membres concluaient parfois eux-mêmes, avec les régies régionales, des accords dont les modalités étaient souvent en deçà des revendications portées au plan national. L'écart entre le discours et les pratiques sur le terrain minait ainsi la crédibilité des positions tenues par ces représentants, forcés d'admettre parfois en pleine négociation nationale l'existence de positions divergentes au sein de leurs membres (Entrevues n° 12 et n° 15).

Cette situation de double palier représentatif (régional et national) est également à l'origine des difficultés auxquelles se sont heurtées les TROC sur certains territoires qui ne sont pas toujours parvenues à solidariser l'ensemble des groupes. Comme la réforme ne faisait pas l'unanimité chez les organismes communautaires sur certains territoires, il était difficile de susciter une véritable dynamique de concertation entre les groupes. Un observateur de longue date des milieux communautaires soulignait en entrevue comment ce travail de solidarisation était également sapé par les positions divergentes des organismes en égard aux propositions des régies régionales qui faisaient miroiter du financement supplémentaire à condition que les activités de ces groupes s'inscrivent dans le cadre de leur programmation de services (Entrevue n° 2).

La régionalisation a donc, en quelque sorte, forcé les organismes communautaires à trouver des bases communes de reconnaissance et de revendication puisque les rapports avec les régies régionales requéraient désormais la constitution de regroupements intersectoriels, en opposition avec les dynamiques sectorielles qui avaient animé leur développement depuis leur émergence au début des années 1970. Pour un secteur aussi éclaté, composé de nombreux acteurs, et qui ne dispose pas de structure centralisée – à l'instar de l'acteur syndical par exemple –, l'enjeu était de taille (et l'est encore). Il pose des défis énormes en termes de cohésion d'action qui sont loin d'avoir tous été relevés, même si plusieurs des intervenants communautaires interrogés estiment que de réels progrès ont été accomplis à cet égard depuis le milieu des années 1990 (Entrevues n° 2, n° 15, n° 27 et n° 30).

### 3.5 La Coalition Solidarité Santé

Même si nos travaux nous ont amené à mettre l'accent sur les nouvelles organisations représentant les organismes communautaires, elles ne sont pas les seules à avoir vu le jour au cours des années 1990. D'autres

organisations issues de la société civile sont apparues au cours des années 1990, en réaction aux transformations du système sociosanitaire. C'est le cas de la Coalition Solidarité Santé. Cette organisation, formée de 43 groupes nationaux ou régionaux, fut créée en 1993. Elle provient d'une Coalition pour le maintien de la gratuité dans le santé mise sur pied par 13 organismes syndicaux et communautaires en 1991 qui voulaient contrer certains aspects de la réforme Côté, notamment l'imposition du ticket orienteur. De manière plus large, cette Coalition dénonçait « le changement majeur au contrat social (apporté par le projet de loi 120) dans la santé et les services sociaux » (Coalition Solidarité Santé, 2004, p. 1). S'appuyant notamment sur la Loi C-3 du gouvernement fédéral (Loi sur les programmes de santé de 1984) pour justifier sa position de défense des services publics, la Coalition Solidarité Santé se réclame des cinq règles prescrites par cette loi, qu'elle assimile également aux « grands principes du système québécois », soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des services sociosanitaires (CSS, 2000a, p. 1).

Dans un manifeste adopté en janvier 2000, la Coalition Solidarité Santé (CSS) expose les principes qui guident son action et ses revendications (CSS, 2000b). Le concept de « droit à la santé » et la défense du caractère public du système sociosanitaire constituent les éléments clés de revendication de cet organisme. Défenseur acharné des principes de la critique sociale, sa vision repose sur le principe d'égalité des individus et défend le caractère inaliénable de leur droit à recevoir les soins de santé et de services sociaux que leur état prescrit. Elle s'oppose ainsi « vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux et exige que celui-ci assume pleinement ses responsabilités dans la prestation des services publics », y compris en ce qui concerne les nouveaux besoins de la population, les services à domicile et les médicaments (CSS, 2000b, p. 1-2). Dans cette optique, « un système intégralement public, géré et financé publiquement [devient] la seule garantie que les Québécoises et les Québécois aient un système équitable et efficient » (CSS, 2000b, p. 1). Les gouvernements doivent donc en priorité réinvestir dans le système de santé afin de consolider et de développer les services publics (CSS, 2000b, p. 3).

Certes, on fait certaines concessions aux principes et valeurs de la critique artiste. La Coalition prend ainsi position pour le développement d'un système sociosanitaire qui tient compte des déterminants sociaux de la santé, qui accorde aux citoyens des « espaces démocratiques » leur permettant de faire entendre leur voix, qui reconnaît la spécificité du rôle et des responsabilités des femmes et qui s'engage à revoir certains aspects de la pratique médicale (CSS, 2000b, p. 1-2). Par ailleurs (et sans lien apparent avec ce que nous venons de rapporter), la Coalition s'oppose « à toute

orientation gouvernementale qui atrophierait le principe d'autonomie des groupes communautaires en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics» (CSS, 2000b, p. 2). La Coalition « appuie [ainsi] les revendications des organismes communautaires autonomes pour la consolidation de leur financement» (CSS, 2000b, p. 3).

Le manifeste demeure toutefois muet sur la place qui devrait être accordée au tiers secteur communautaire au sein du système sociosanitaire, tout comme sur les formes institutionnelles que devrait prendre l'articulation du secteur public avec le tiers secteur communautaire. D'ailleurs, même si la Coalition « appuie » le tiers secteur communautaire dans ses demandes de financement, cet appui n'a manifestement pas la même importance que celui visant à promouvoir le développement du secteur public. Les revendications visant les organismes communautaires occupent ainsi un espace marginal dans le manifeste de la Coalition et semblent plutôt répondre à des préoccupations stratégiques de solidarité qu'à un réel engagement envers la promotion du tiers secteur communautaire. La lecture de ce manifeste laisse ainsi transparaître certaines contradictions entre, d'une part, des revendications générales orientées vers la prise en charge de l'ensemble des services socio-sanitaires par le secteur public et, d'autre part, des revendications plus marginales appuyant les organismes communautaires qui interviennent dans le réseau public et qui représentent *de facto* des producteurs de services extérieurs à ce réseau.

### **3.6. Le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) et la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire autonome**

Un nouvel acteur important voit le jour au milieu des années 1990. Il s'agit du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), un organisme gouvernemental créé en 1995 par le gouvernement péquiste de Jacques Parizeau ayant pour mission de soutenir l'action communautaire autonome notamment par l'entremise de trois programmes d'aide financière: le programme de Soutien à la défense collective des droits, le programme de Soutien aux cibles prioritaires et le programme de Soutien aux projets de développement de l'action communautaire autonome. Les sommes versées par l'entremise du SACA proviennent d'une mesure législative qui autorise le gouvernement québécois à allouer annuellement au SACA 5% des bénéfices nets provenant de l'exploitation des casinos sur son territoire. D'abord sous la responsabilité directe du Bureau du premier ministre, le SACA sera rattaché en 1998 au ministère de l'Emploi et de la Solidarité qui deviendra en 1999 le ministère de la Solidarité sociale. Finalement, en 2001, la responsabilité du SACA incombera au ministre délégué à la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion (SACA, 1998, 1999, 2001b).



Dès 1996, après la tenue du Sommet sur l'économie et l'emploi, un mandat supplémentaire échoit au Secrétariat. Les représentants des milieux gouvernementaux et communautaires réunis lors du Sommet socioéconomique s'entendent en effet sur la nécessité d'élaborer une politique de reconnaissance et de financement de l'ensemble de l'action communautaire autonome. Ce mandat était alors confié au ministère de l'Emploi et de la Solidarité qui va, par l'entremise du SACA, entreprendre les travaux visant à mettre en place cette politique qui devrait toucher environ 8 000 organismes communautaires au Québec à travers 21 ministères et 66 programmes gouvernementaux (SACA, 1998).

Cette politique voit finalement le jour en avril 2001. Elle s'intitule *L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* (2001a) et tient compte d'un certain nombre de critiques émises lors du processus de consultation, notamment sur la reconnaissance formelle du rôle de participation démocratique assumé par les organismes communautaires dans la société québécoise ainsi que sur la nécessité de maintenir et de protéger leur autonomie au sein d'éventuels partenariats avec le secteur public (SACA, 2001b).

L'application de la Politique aux divers ministères concernés, dont le MSSS, débute en 2002. Dans cette optique, le PSOC doit être revu à la lumière des principes contenus dans cette Politique. Or, selon les témoignages recueillis auprès de nos informateurs des milieux communautaires et gouvernementaux (Entrevues n° 2, n° 5, n° 11 et n° 30), et comme nous avons été en mesure de le constater dans les rapports entre la TRPOCB et les TROC, cette démarche s'est révélée plutôt ardue compte tenu des divergences d'interprétation de la Politique qui marquaient les positions tenues par les représentants gouvernementaux et communautaires. S'en est suivi un processus de négociation assez chaotique entre le MSSS et les organismes communautaires ainsi qu'entre les organismes communautaires eux-mêmes qui ne parvenaient à s'entendre sur des positions communes, le concept d'autonomie des organismes ne faisant pas consensus même auprès des milieux communautaires<sup>15</sup> (Entrevue n° 6).

---

15. Le Regroupement des maisons de jeunes, notamment, va se retirer du comité aviseur en 2001, pour protester contre certaines décisions adoptées par ce comité. Certains critères concernant la définition des groupes avaient pour effet d'exclure 80 % des membres de ce regroupement de l'application de la Politique du SACA. Ces maisons avaient pour tort de ne pas satisfaire à toutes les conditions nécessaires à la reconnaissance comme organismes dits «autonomes» puisque la composition de leur conseil d'administration incluait des membres issus d'organismes subventionnaires ou

Pourtant, il est reconnu que cette politique, qui s'applique à l'ensemble des ministères et des organismes gouvernementaux dans leurs rapports avec les organismes communautaires, s'inspire en bonne partie des modalités institutionnelles caractérisant le PSOC (Entrevues n° 5, n° 13, n° 15 et n° 35). Dans ce contexte, on aurait pu croire que l'application de la politique de reconnaissance des organismes communautaires en santé et services sociaux aurait constitué une opération relativement simple et marginale en regard des principes déjà en vigueur au MSSS concernant le financement et le partenariat avec les organismes communautaires. Mais rien n'est simple dans les rapports entre l'État québécois et les groupes communautaires, et le processus de négociation difficile entourant cette politique en constitue une autre manifestation éloquente.

#### 4. UNE NOUVELLE RECONNAISSANCE TEINTÉE D'AMBIGUÏTÉ : LA MARCHÉ DES FEMMES DE 1995 ET LES DEUX SOMMETS SOCIOÉCONOMIQUES DE 1996

Les années 1990 ont été ponctuées d'un certain nombre d'événements qui ont mis en relief la nouvelle reconnaissance acquise graduellement par le tiers secteur sociosanitaire au cours des vingt dernières années. L'un de ces événements fut la Marche des femmes contre la pauvreté organisée au printemps 1995 sous le leadership de la Fédération des femmes du Québec dirigée alors par Françoise David. Sous le thème *Du pain et des roses*, cette marche à travers plusieurs villes et villages du Québec s'est terminée le 4 juin 1995 par un grand rassemblement devant l'Assemblée nationale du Québec où les participantes ont fait connaître leurs revendications au gouvernement québécois. Certaines de ces revendications concernaient la participation active du tiers secteur sociosanitaire, notamment celle visant à mettre en œuvre un programme d'infrastructures sociales permettant de développer des emplois accessibles aux femmes (FFQ, 1998).

Par leur référence à un programme d'infrastructures sociales, les groupes de femmes voulaient proposer une contrepartie à l'annonce de la mise sur pied d'un programme d'infrastructures économiques par le gouvernement fédéral .qui prévoyait des investissements de 250 millions de dollars

---

d'institutions publiques (caisse populaire, fonctionnaire de la ville, etc.). Or, selon les règles édictées par le comité aviseur à cette époque, aucun siège votant au conseil d'administration d'un organisme communautaire autonome ne devait être occupé par une personne provenant de telles institutions afin de protéger la mission des organismes de toutes formes d'ingérence extérieure (Entrevu n° 24, p. 35-37).

pour la réfection de routes et de bâtiments (des emplois surtout occupés par des hommes). Le soutien au programme d'infrastructures sociales revendiqué par ces femmes comprenait notamment la consolidation des organismes communautaires existant ainsi que l'appui au développement de nouvelles ressources répondant aux besoins exprimés par les personnes et les collectivités (D'Amours, 1999a, p. 12-13)

En réponse à ces revendications, le gouvernement du Québec créait le Comité d'orientation sur l'économie sociale (COCES) ainsi que les comités régionaux d'économie sociale (CRES) qui sont chargés de soumettre des propositions au gouvernement. Dans son rapport intitulé *Entre l'espoir et le doute*, remis au gouvernement en mai 1996, le COCES reprend en bonne partie les revendications exprimées par les groupes de femmes lors de la marche de 1995 concernant le soutien à des infrastructures sociales et propose une définition large de l'économie sociale qui inclut les organismes communautaires (COCES, 1996).

Entre-temps, le gouvernement québécois, dans la tradition des grands sommets socioéconomiques tenus depuis la fin des années 1970, organisait en 1996 deux sommets réunissant l'ensemble des acteurs sociaux concernés par le développement du Québec. La première de ces conférences a eu lieu en mars 1996 sur le thème du devenir socioéconomique du Québec et devait préparer la voie à l'adoption de la politique de déficit zéro du gouvernement de Lucien Bouchard. La seconde conférence s'est tenue en octobre 1996 et portait cette fois sur l'économie et l'emploi. Ces conférences ont marqué un pas important pour la reconnaissance du tiers secteur comme acteur social reconnu et légitime au sein de la société québécoise. Pour la première fois, en effet, certains de ses représentants furent invités à y participer au même titre que les représentants patronaux, syndicaux et gouvernementaux. C'était là une situation inédite que certains observateurs ont interprété comme une manifestation importante du renouvellement du modèle québécois de développement, et ce, même si la représentante des groupes de femmes claquait la porte de la conférence afin de protester contre le refus du gouvernement 1) de procéder au retrait des mesures restrictives touchant l'aide sociale et 2) d'adopter une clause d'appauvrissement zéro qui accompagnerait sa politique de déficit zéro (D'Amours, 1999b).

Ces deux sommets de 1996 ont aussi permis de mettre sur le devant de la scène publique la question de l'économie sociale. Ce nouvel intérêt pour un secteur d'activités économiques souvent marginalisé par les investisseurs et les entrepreneurs traditionnels (c'est-à-dire dont l'action est principalement tournée vers les principes de l'échange marchand) s'est concrétisé par la formation d'un Groupe de travail sur l'économie sociale (devenu par la suite le Chantier de l'économie sociale) au terme de la Conférence de mars 1996. Ce

groupe de travail va proposer au gouvernement d'investir dans un certain nombre de projets à caractère social et économique. Cependant, même s'il affirme considérer les organismes communautaires comme faisant partie de l'économie sociale, ce groupe propose que les dispositifs de soutien qui les concernent soient distincts des infrastructures d'économie sociale et que leur développement soit confié aux soins du SACA et de sa future Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire (Chantier de l'économie sociale, 1996).

## 5. QUELQUES TIMIDES TENTATIVES DE REDÉFINITION DE LA CRITIQUE SOCIALE

Comme nous avons pu le constater dans les chapitres précédents, les groupes marxistes de la fin des années 1970 et du début des années 1980 ont constitué, avec les organisations syndicales, des acteurs importants du courant politique et idéologique associé à la critique sociale au Québec. La crise vécue par les organisations marxistes au début des années 1980 et leur quasi-disparition du paysage politique québécois ont consacré, d'une certaine manière, la victoire des principes de la critique artiste (autonomie, responsabilisation, individualité) sur ceux de la critique sociale (égalité, sécurité, collectivité) dans les reconfigurations ayant marqué le système sociosanitaire au cours des années 1990.

Le syndicalisme de la santé et des services sociaux traverse à son tour une crise profonde au début des années 1990 qui n'est pas sans lien avec sa difficulté à rompre avec les institutions du providentialisme qui ont servi d'appui à son essor au cours des décennies précédentes. La régionalisation du système apparaît comme une sérieuse menace à son rôle hégémonique au sein des mouvements sociaux. Mais devant l'ampleur et le caractère inéluctable des transformations, une majorité de syndicats de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS), qui regroupe plus de 100 000 travailleurs du domaine sociosanitaire, vont se réfugier dans une stratégie défensive de repli sur leurs acquis, délaissant leur rôle d'acteur social porteur de changement au sein de la société. La perspective d'une décentralisation de certains aspects du processus de négociation en effraie plus d'un et contribue à entretenir une atmosphère de guerre larvée avec le gouvernement québécois. Des principes comme la transformation, la décentralisation et l'autonomie – tous associés à la critique artiste et mis à profit à divers degrés par les modalités de la réforme Côté – sont perçus négativement et renforcent les syndicats dans leur conviction d'être littéralement en état de siège (Jetté, 1997).

Néanmoins, sous la pression de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), l'instance centrale qui chapeaute la FSSS, les syndicats de cette fédération acceptent, à partir du milieu des années 1990, d'examiner plus sérieusement l'éventualité d'une mise en application de nouvelles formes d'organisation du travail dans le système sociosanitaire. Mais mis à part quelques cas isolés d'expérimentations locales, la FSSS prendra très peu d'initiatives pour amorcer un renouvellement des pratiques de travail dans les établissements sociosanitaires du secteur public, ni de ses pratiques syndicales héritées du modèle fordiste. Au cours de cette période, les rapports avec le tiers secteur communautaire sont pratiquement au point mort, la fédération ne sachant trop comment considérer ces ressources dans un contexte où toute forme de prise en charge des services en dehors des institutions publiques est perçue comme un recul syndical (Jetté, 1997).

Après les durs conflits de travail de la première moitié des années 1990, la seconde moitié des années 1990 fait place à un climat de travail relativement plus détendu qui permet aux syndiqués de réaliser certains gains au plan des clauses normatives et de la sécurité d'emploi. Les nouvelles infrastructures d'économie sociale mises en place après les deux sommets de 1996 sont toutefois vertement critiquées par plusieurs syndicats du secteur public qui les perçoivent comme des vecteurs de privatisation. Mais cette accalmie dans les rapports de travail semble davantage le symptôme d'une certaine résignation que d'un véritable compromis sur les nouveaux arrangements institutionnels qui définissent le réseau public de la santé et des services sociaux. Le rôle des syndicats du secteur public comme sujet historique de l'évolution des structures sociétales dans le domaine sociosanitaire tend ainsi à s'épuiser au profit, comme nous le disions plus tôt, d'un repli sur les aspects organisationnels de leur action. L'action des nouveaux mouvements sociaux, par le biais du tiers secteur communautaire, vient alors se superposer à l'action syndicale en tant que moteur de la critique et principal interlocuteur dans les débats entourant l'avenir du système sociosanitaire.

Cela dit, on assiste également au cours des années 1990 à certaines tentatives pour redonner un second souffle aux principes de la critique sociale. Une organisation comme la Coalition Solidarité Santé, par exemple, dont est membre la FSSS, semble avoir pris, jusqu'à un certain point, la relève des organisations syndicales dans leur rôle critique à l'égard des politiques gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. Mais si les structures représentatives de la critique sociale se transforment, le discours, lui, ne connaît pas la même évolution et reste empreint d'un profond attachement aux dispositifs providentialistes et manifeste une certaine méfiance (ou une attitude de pis-aller) à l'égard du tiers secteur, et ce, même si certains organismes communautaires sont aussi membres de cette coalition.

Par ailleurs, Solidarité Populaire Québec, une coalition nationale formée d'organismes communautaires et syndicaux, a tenté une expérience de concertation et de mise en commun de réflexions politiques portées par certains acteurs de la critique sociale et de la critique artiste. Mais son action s'est révélée assez limitée, se résumant principalement à l'organisation d'une commission populaire itinérante chargée de recueillir les points de vue des divers acteurs dans plusieurs régions du Québec. Cet exercice de consultation a donné lieu à l'élaboration d'une charte d'un Québec populaire au sein de laquelle les groupes impliqués ont pu articuler le projet de société auxquels ils aspirent (Solidarité Populaire Québec, 1994). Par contre, peu d'actions concrètes ont été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions de cette charte.

## 6. UNE GÉNÉRALISATION DES PRINCIPES DE LA CRITIQUE ARTISTE

Si le désarroi apparu au cours des années 1980 parmi les tenants de la critique sociale n'a pas trouvé de véritables motifs d'apaisement au cours de la décennie suivante, les dispositifs associés à la critique artiste, en revanche, ont raffermi leur emprise sur les arrangements institutionnels structurant le système sociosanitaire<sup>16</sup>. Plusieurs des dispositions relatives à la réforme Côté, que nous avons analysées de manière plus détaillée dans la deuxième section de ce chapitre, se révèlent en parfaite concordance avec les principes d'autonomie, d'initiative et de flexibilité propres à cette forme de critique (qui articule, rappelons-le, les principes du monde de l'inspiration avec ceux du monde connexionniste).

Décentralisation des instances décisionnelles, régionalisation des services, diversification des producteurs de services, virage (quoique timide) vers des ressources plus légères sont ainsi quelques-uns des dispositifs émergeant au sein du système sociosanitaire qui peuvent être associés à la philosophie de la critique artiste. L'insertion de certains de ces dispositifs, surtout ceux liés à la flexibilité et au fonctionnement en réseau (monde connexionniste), se voyait insuffler une nouvelle dynamique au milieu des

---

16. En fait, c'est l'ensemble de l'appareil administratif et gouvernemental qui se voit progressivement transformé par les principes de la critique artiste qui sont au cœur des réformes amorcées dans la gestion du secteur public au Québec et ailleurs dans le monde (Rockman, 1998). Mieux connue, dans certains milieux, sous l'appellation de Nouvelle gestion publique (NGP), la définition de ces nouveaux principes, inspirés du secteur privé, s'apparente à plusieurs égards aux modes de coordination en réseau tels qu'ils ont été définis par Boltanski et Chiapello (1991).

années 1990 avec l'application de la réforme Rochon qui favorisait une médecine ambulatoire et la distribution de services dans le milieu de vie des usagers (ce qui correspond aux exigences de légèreté et de souplesse inhérentes aux dispositifs connexionnistes). Enfin, la commission Clair, en 2000, proposait de donner un tour de vis supplémentaire dans l'application de ces principes avec des recommandations visant à mettre en œuvre une organisation des soins, revue sur la base de réseaux intégrés de services qui font appel à une collaboration et à une coordination encore plus poussée des divers producteurs de services (Clair, 2000, p. 65-78). On recommandait du même coup au gouvernement de désigner lui-même les administrateurs des régies régionales, mettant ainsi un terme au processus électif qui avait prévalu depuis 1991 pour leur nomination.

Ce scénario en trois épisodes (réforme Côté, réforme Rochon et réforme Clair) laisse ainsi apparaître un processus de transformation où ce sont les arrangements découlant d'un mode de fonctionnement en réseau (intégration des différents producteurs de services) qui tendent à prendre le dessus sur les aspirations d'autonomie, de décentralisation et de démocratie au sein du système sociosanitaire au fur et à mesure qu'on approche des années 2000. Cette volonté d'assurer un meilleur suivi et une plus grande coordination des services semble aussi aller de pair avec la multiplication des producteurs de services au cours des années 1990.

Par ailleurs, le mouvement d'éclosion des médecines douces, amorcé au cours des années 1980, se consolide et prend de l'ampleur au cours des années 1990. Ainsi, on estimait à environ 7 000 le nombre de praticiens œuvrant dans ce domaine au début de la décennie 1990. L'engouement manifesté par la population à l'égard de ces pratiques fait en sorte que de plus en plus de praticiens cherchent à obtenir une reconnaissance de leur expertise auprès des institutions au cours de cette période (MSSS, 1990b, p. 23). Signe de la nouvelle aura de légitimité qui semble désormais envelopper ce groupe de producteurs de services – composante souvent oubliée du mouvement écologique (Fortin, 1990) –, le gouvernement libéral met sur pied une commission parlementaire sur les thérapies alternatives en 1993 afin d'établir les mécanismes de reconnaissance et de compétences propres à ces disciplines (MSSS, 1993). Dès lors, malgré la faible intégration de ces pratiques au système sociosanitaire, en raison principalement de l'opposition du corps médical (Martel, 1990), on assiste à une certaine forme d'institutionnalisation de ces pratiques (ne serait-ce que par la notoriété dont elles jouissent auprès de certaines couches de la population) dont les fondements éthiques et pratiques dérivent en bonne partie de la quête d'authenticité, d'autonomie et de réalisation de soi qui caractérise l'individu moderne (monde de l'inspiration). Soulignons également que la mise en place, par le MSSS (1990a), de projets pilotes liés à la pratique des sages-femmes relève à

son tour de ce mouvement en faveur de la pratique de soins plus holistiques. Certains chercheurs vont toutefois souligner le défi que représente pour ces ressources la réappropriation collective des principes et des pratiques qu'elles mettent de l'avant (Quéniart et Saillant, 1990)



## CHAPITRE 9

# LES MODALITÉS DU NOUVEAU COMPROMIS ENTRE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Nous avons vu au chapitre 6 que l'institutionnalisation des milieux communautaires s'était amorcée au cours des années 1980, d'abord avec certains groupes de femmes, ensuite avec les organismes œuvrant en santé mentale. Une institutionnalisation à la pièce donc, reflétant en quelque sorte les perspectives gouvernementales à leur égard, et qui faisait encore l'économie d'une vision globale de leur développement et de leur rôle au sein du système sociosanitaire. Cette institutionnalisation fragmentée des milieux communautaires n'aura toutefois pas été inutile puisqu'elle aura permis de jeter les bases de la charpente institutionnelle plus globale qui va soutenir les rapports entre le MSSS et le tiers secteur au cours des années 1990. C'est ce processus d'institutionnalisation, touchant cette fois l'ensemble des organismes communautaires de la santé et des services sociaux, que nous allons maintenant examiner de plus près.

Le chapitre 9 sera donc consacré à l'analyse des divers dispositifs mis en place à travers les diverses réformes qui ont marqué le système sociosanitaire au cours des années 1990 ainsi qu'aux processus de

négociation ayant présidé à leurs transformations. Nous tenterons par la suite de dresser un portrait de certains cas de figure régionaux auxquels ont pu donner lieu ces nouveaux arrangements.

## **1. LE PROJET DE LOI 120 (CHAPITRE 42) ET LA RÉFORME CÔTÉ**

Le projet de loi 120 remanié (chapitre 42) est adopté par le gouvernement libéral au cours de l'été 1991. Cette loi entraîne d'importantes transformations au sein du réseau sociosanitaire. À plusieurs égards, elle se veut la poursuite d'un projet démocratique amorcé avec la réforme Castonguay-Nepveu. La création des régies régionales et les dispositifs démocratiques institués par la Loi concernant l'élection des administrateurs dans ces régies, ainsi que ceux des établissements sociosanitaires publics témoignent de cette volonté d'achever un processus visant à donner davantage de pouvoirs aux usagers des services et aux citoyens (principes du monde civique). Elle s'en distingue toutefois sur un aspect fondamental : autant la réforme Castonguay-Nepveu avait pour objectif de mettre en place des arrangements institutionnels providentialistes s'appuyant sur un vaste mouvement d'étatisation des services sociosanitaires, autant la réforme Côté, quant à elle, a cherché à redonner une légitimité à une pluralité d'acteurs sociaux, et principalement à ceux du tiers secteur communautaire en formalisant dans le texte même de la Loi leur participation au système sociosanitaire et leur contribution à la santé et au bien-être de la population. Examinons maintenant les termes de cette nouvelle participation.

### **1.1. La reconnaissance institutionnelle des organismes communautaires**

La réforme initiée par le ministre Marc-Yvan Côté rend compte d'un nouveau compromis entre les différents acteurs sociaux concernés par les services sociosanitaires. Certes, comme nous l'avons vu, les pressions politiques intenses exercées par certains groupes d'intérêts obligent le ministre à céder sur certains aspects de sa réforme. Néanmoins, cette dernière offre l'occasion à certains producteurs de services issus du tiers secteur de faire reconnaître au sein même de la Loi leur contribution à la production des services sociosanitaires et leur participation aux nouvelles instances régionales.

Cette institutionnalisation des organismes communautaires aux dispositifs sociosanitaires s'articule autour de certains articles de la Loi, notamment l'article 334 qui définit le statut de ces organismes et l'article 335 qui reconnaît leur autonomie malgré l'obtention d'un financement étatique. Ces arrangements particuliers donnent un caractère plus souple à

cette institutionnalisation que celle conçue par les artisans de la réforme Castonguay-Nepveu qui avaient carrément tenté d'en faire des institutions publiques. Voici le libellé exact de ces deux articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 :

Article 334. Dans la présente loi, on entend par «organisme communautaire» une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

Article 335. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches (Gouvernement du Québec, 1991, p. 97).

L'article 335 de la Loi constitue un gain important réalisé par les représentants d'organismes communautaires au cours des négociations ayant mené à l'adoption du projet de loi. Ainsi, l'affirmation légale du caractère autonome des organismes, présente dans le document d'*Orientations* présenté par Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989c, p. 82), était demeurée absente de son avant-projet de loi déposé en 1989. Cet avant-projet de loi stipulait également, dans le cadre de l'article 231, que les regroupements d'organismes communautaires n'avaient pas droit aux subventions du MSSS (Gouvernement du Québec, 1989, p. 66). La reconnaissance de l'autonomie des groupes refait toutefois surface dans le Livre blanc du ministre Côté paru en 1990 (MSSS, 1990b) et, évidemment, dans le projet de loi 120 (Gouvernement du Québec, 1990) ainsi que dans le libellé final de la Loi inscrit au chapitre 42 des lois et règlements du gouvernement du Québec pour l'année 1991 (Gouvernement du Québec, 1991). De plus, les regroupements d'organismes retrouvent, par la Loi (article 337 de la Loi de 1991), leur admissibilité à recevoir des subventions de la part du MSSS.

Ces modifications apportées à l'avant-projet de loi n'étaient pas étrangères aux représentations faites par une délégation de représentants des milieux communautaires auprès du ministre avant la parution de son Livre blanc et de son projet de loi. Le ministre Côté, en effet, insatisfait de certains aspects de l'avant-projet de loi de sa collègue, Thérèse Lavoie-Roux, décidait de consulter en personnellement, à l'hiver 1991, plus de 200 acteurs concernés par la réforme (MSSS, 1992, p. 12). Un certain nombre de regroupements provinciaux d'organismes communautaires choisis par les fonctionnaires du PSOC sont ainsi appelés au bureau du ministre. Assistait également à cette rencontre le sous-ministre adjoint Paul Lamarche, grand artisan des PROS et ardent défenseur des recommandations contenues

dans le rapport de la commission Rochon. Selon une leader des milieux communautaires présente lors de ces négociations, cette rencontre fut déterminante :

Deux choses se sont jouées au cours de la première rencontre avec Marc-Yvan Côté. La première [a trait] à ce fameux article 335 [...]. Ça, nous y tenions comme à la prune de nos yeux. On s'était dit que nous ne sortions pas de là sans que cet article soit inscrit. L'autre affaire, c'était sur l'évaluation. [...] Nous étions d'accord avec l'évaluation dans la mesure où c'était une évaluation qui était respectueuse des organismes communautaires, de leur mission et de leur autonomie. Et ce que nous avons gagné, si l'on veut, c'est un comité ministériel sur l'évaluation<sup>1</sup> qui a travaillé pendant presque quatre ans pour produire un modèle d'évaluation (Entrevue n° 15, p. 13).

Les pourparlers ayant eu lieu au cours de cette rencontre ont ainsi été à l'origine des précisions apportées dans le Livre blanc du ministre Côté concernant l'évaluation des organismes communautaires, évaluation dont les modalités devaient s'établir « en concertation avec les regroupements d'organismes communautaires » (MSSS, 1990b). Cette rencontre, et d'autres subséquentes, ont aussi permis de convaincre le MSSS de revoir sa décision concernant le financement des regroupements d'organismes communautaires qui avait été aboli dans l'avant-projet de loi de Thérèse Lavoie-Roux.

Après cette réunion avec le ministre, et après un exercice de consultation et de réflexion des principaux regroupements, la TRPOCB prend la décision de soutenir la régionalisation, y compris celle du PSOC, tout en négociant pour maintenir le financement global à la mission ainsi que les fourchettes de financement au palier régional. Sur ce dernier point, un comité ministériel tripartite<sup>2</sup>, composé de représentants des regroupements communautaires et des TROC, du MSSS et de la conférence des régies régionales, fut formé en 1993 et chargé de revoir les catégories traditionnelles du PSOC ainsi que les montants de subvention rattachés à ces catégories. Cette révision allait de pair avec le processus de régionalisation du PSOC amorcé au cours de l'année financière 1994-1995 – et achevé l'année suivante – qui transférait aux régies régionales les responsabilités inhérentes à l'admissibilité des organismes ainsi qu'aux versements des subventions sur leur territoire (MSSS, 1995, 1996).

---

1. Ce comité ministériel sur l'évaluation a fonctionné de juillet 1991 à mars 1995. Son rapport fut publié en septembre 1997 (MSSS, 1997b).

2. C'est ce comité qui prendra par la suite le nom de Comité ministériel de liaison avec les organismes communautaires et bénévoles.

Les négociations du comité ministériel, devenu le Comité ministériel de liaison avec les organismes communautaires et bénévoles à partir d'avril 1995, ont abouti à la refonte des catégories administratives à partir desquelles les fonctionnaires gèrent le PSOC et à une révision en profondeur du contenu de la brochure du PSOC à partir de 1996-1997 (MSSS, 1997c). Les cinq catégories traditionnelles du programme (services à la communauté, services aux femmes, services à la jeunesse, services à domicile et santé mentale) étaient alors remplacées par une nouvelle désignation en six catégories tenant compte davantage du mode d'intervention que de la clientèle visée : 1) aide et entraide ; 2) organismes de sensibilisation ; de promotion et de défense de droits ; 3) milieux de vie et de soutien dans la communauté ; 4) organismes d'hébergement ; 5) regroupements régionaux ; et 6) organismes nationaux.

Quant aux fourchettes de financement qui devaient être établies au plan national afin de servir de guide dans les régions, les négociations n'ont jamais permis de trouver un terrain d'entente formel, les régies régionales refusant d'accepter l'idée d'un barème plancher pour les divers types d'organismes communautaires. Selon un représentant des milieux communautaires présents au comité ministériel chargé de la révision du PSOC, « avec le MSSS, ça allait assez bien mais sur le financement, ce sont les régies qui ont bloqué » (Entrevue n° 27, p. 12). Il faut dire qu'avec l'avènement de la régionalisation il devenait plus facile pour le Ministère d'acquiescer aux demandes du tiers secteur puisque c'étaient désormais les régies régionales qui étaient chargées de la ventilation des enveloppes budgétaires destinées aux établissements publics et aux organismes communautaires sur leur territoire. C'est donc aux régies régionales qu'incombait la responsabilité de faire les véritables arbitrages budgétaires. Certes, le montant des enveloppes globales pour chaque région continuait d'être fixé par le MSSS, mais comme la répartition de l'enveloppe était de la responsabilité des régies régionales, l'approbation du Ministère à l'augmentation des budgets consacrés aux organismes communautaires n'avait plus maintenant qu'une valeur de principe. Le Ministère pouvait bien être d'accord avec une hausse des subventions aux organismes communautaires, cela ne signifiait pas pour autant une hausse de l'enveloppe budgétaire globale versée aux régions. Il revenait aux régies régionales de trouver les sommes nécessaires à l'octroi d'éventuelles augmentations.

Cela dit, les organismes communautaires ne s'entendaient pas nécessairement entre eux sur cette question. Comme nous l'avons indiqué précédemment, des tensions sont apparues au sein des diverses organisations de représentation du tiers secteur (TROC et regroupements nationaux) au début des années 1990 concernant le financement des organismes. À l'échelle régionale notamment, certains exprimaient des réserves par rapport

aux fourchettes de financement déterminées à partir des balises nationales, les estimant trop peu élevées alors que d'autres dénonçaient les contraintes que ces balises pouvaient exercer sur l'autonomie des organismes au plan régional (Entrevue n° 27). Ces querelles internes ont provoqué des prises de position divergentes de la part de certains regroupements et de certaines TROC quant au cadre de référence du PSOC présenté par les représentants des milieux communautaires du comité ministériel à leurs membres lors de la rencontre nationale de 1997 (Entrevue n° 27). Au surplus, le document adopté lors de cette rencontre (TRPOCB et Coalition des TROC, 1997), malgré la vive opposition manifestée par certaines composantes des milieux communautaires, n'était pas issu d'un consensus parmi l'ensemble des membres du comité ministériel. Il s'agissait plutôt du rapport minoritaire soumis par les représentants des milieux communautaires qui n'étaient pas parvenus à s'entendre avec les représentants du Ministère et des régies régionales.

Le comité de liaison avait donc accouché de deux rapports, l'un majoritaire, endossé par le MSSS et les régies régionales (CCMLOCB, 1997), l'autre minoritaire, porté par les organismes communautaires (TRPOCB et Coalition des TROC, 1997). D'autres revendications des milieux communautaires ont toutefois trouvé un dénouement plus favorable lors de ces négociations. Ainsi, le comité ministériel avait accepté d'inscrire dans la brochure du PSOC, qui sert de document de référence aux organismes désireux soumettre une demande de financement, que les subventions versées par le programme le soient dans une optique de financement global pour la mission de base des organismes. Selon des représentants des milieux communautaires ayant siégé au comité ministériel, «c'était la première fois qu'on le reconnaissait de manière formelle comme ça» (Entrevue n° 27, p. 13). Cette reconnaissance venait faire contrepois au financement par programme-clientèle conditionnel à la participation des groupes aux PROS, une dimension de la réforme avec laquelle le tiers secteur communautaire avait toujours été en désaccord. Certes, l'article 336 de la Loi déterminant les critères d'admissibilité et d'attribution des subventions aux organismes communautaires continuait de s'appliquer. Les organismes avaient toujours le loisir, «s'il[s] offr[iaient] des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes, y compris des services d'hébergement temporaire inscrits dans un plan régional d'organisation de services [d'une] régie» (Gouvernement du Québec, 1991, p. 98), de conclure des ententes de services ou de participer à ces PROS ou à un autre programme offert par une régie régionale. Mais le financement du PSOC, lui, garantirait aux organismes (du moins, en principe) un financement plus souple et moins contraignant, conditionnel au simple respect de leur mission.

De plus, on s'entendait pour maintenir au sein du PSOC régionalisé le financement accordé historiquement aux organismes communautaires, ce qui assurait aux organismes déjà financés le maintien des sommes reçues avant la régionalisation (CSMLOCB, 1997, p. 11). Un consensus était aussi établi sur l'utilisation du document d'évaluation élaboré par le comité ministériel sur l'évaluation qui avait conçu une grille d'évaluation des organismes communautaires respectueuse de leurs spécificités, incluant un processus de négociation entre le tiers secteur et le MSSS (MSSS, 1997b). Toutefois, ce document qui, à l'origine, devait remplacer certains critères d'analyse visant les demandes d'aide financière inscrits dans la brochure du PSOC (nombre de bénévoles, participation à des tables de concertation, etc.) ne sera jamais vraiment mis en application par les régies régionales (Entrevues n° 15 et n° 27).

## **1.2. La participation des organismes communautaires aux instances régionales**

L'un des dispositifs concrétisant la vision du ministre Côté de sa «réforme axée sur le citoyen» a sans nul doute été l'institution d'une assemblée régionale dans chaque territoire de régie régionale et l'élection des administrateurs invités à siéger aux conseils d'administration de ces nouvelles institutions (MSSS, 1990b; Gouvernement du Québec, 1991). À cet égard, la Loi prévoyait que 20% des sièges aux conseils d'administration des régies régionales seraient réservés aux représentants des organismes communautaires, soit quatre sièges sur la vingtaine de sièges disponibles. Les premières élections ont lieu en mars 1992. Malgré certains «ratés» du processus électoral, le ministre Côté se dit généralement satisfait de cette première expérience (Francoeur, 1992). De leur côté, certains représentants des organismes communautaires vont critiquer les modalités de cette démocratisation du système et dénoncer la faible participation des citoyens aux élections, ainsi que la mainmise de groupes d'intérêts sur le processus électoral dans certaines régions. D'autres vont plutôt souligner les nouvelles dynamiques que cette participation a permis d'instaurer au sein des régions et les possibilités de dialogue qu'elle offre aux organismes communautaires pour faire connaître leurs activités et leurs positions quant à l'organisation des services.

Devant ces opinions divergentes, la TRPOCB et la Coalition des TROC sentent le besoin de consulter leurs membres afin d'adopter une position claire à l'égard de ces nouveaux dispositifs de participation. Il se dégage de cette consultation un certain nombre de conclusions, notamment que cette participation des organismes communautaires fut marquée par l'improvisation, le manque de temps et de ressources ainsi que par le manque de communication entre les élus communautaires et les groupes qu'ils

représentaient (TRPOCB et Coalition des TROC, 1995, p. 5-12). Malgré ces réserves et certaines situations problématiques sur le terrain, la TRPOCB et la Coalition des TROC estiment que, de manière générale, cette participation a été « significative et signifiante dans plusieurs régions », qu'elle a permis aux groupes de se faire entendre et d'influencer certains débats sur les conseils d'administration des régies régionales. On en vient ainsi à la conclusion que les milieux communautaires doivent « poursuivre cette expérience partenariale avec l'État » (TRPOCB et Coalition des TROC, 1995, p. 48). La TRPOCB et la Coalition des TROC prenaient ainsi position en faveur de la poursuite de leur implication dans ces instances.

Cette consultation s'avérait d'autant plus nécessaire que des ambivalences continuaient à se manifester au sein de plusieurs groupes communautaires quant aux objectifs de la réforme. Lors de la deuxième rencontre nationale des organismes communautaires tenue en octobre 1993, la dirigeante de la TRPOCB à l'époque a d'ailleurs senti le besoin de consolider cette adhésion au nouveau compromis institué par la réforme Côté en rappelant que le contenu de cette réforme était aussi issu des revendications des milieux communautaires :

On dit souvent que ce n'est pas cette régionalisation-là que nous avons voulue; que ce n'est pas ce que nous aurions choisi ou plutôt que nous n'avons pas eu le choix. Mais nous devons nous rappeler de façon très honnête que lors des audiences de la commission Rochon plus de 400 des 800 mémoires présentés émanaient du mouvement communautaire et bénévole. Et qu'est-ce qu'on retrouvait dans ces mémoires, outre bien sûr l'affirmation de l'ensemble des valeurs du communautaire? On y retrouvait un puissant appel à revenir aux réalités de la base, à se rapprocher des besoins des gens, à faire en sorte que les citoyens et citoyennes aient plus d'emprise sur leur réalité. Il y a donc un appel à des formes de régionalisation, de décentralisation du pouvoir. *Alors, ou nous assumons ce que nous avons nous-mêmes demandé, ou nous prenons une autre direction* (TRPOCB et Coalition des TROC, 1995, p. 4-5).

Ces propos reflètent la situation d'ambivalence qui caractérisait les milieux communautaires à l'époque par rapport aux nouveaux rapports instaurés par la réforme entre les organismes communautaires et l'État québécois en santé et services sociaux. Ils témoignent également du fait que « dans la plupart des régions, les organismes n'étaient pas prêts à faire face à la mise en place de la réforme » (TRPOCB et Coalition des TROC, 1995, p. 11). Plusieurs groupes se sont sentis bousculés, non seulement dans leurs structures organisationnelles de représentations, mais aussi dans leur schème idéologique et leurs stratégies politiques qui les avaient davantage habitués à la confrontation qu'à la concertation, qu'elle soit « conflictuelle » ou consensuelle.



Ainsi, sans qu'on le veuille vraiment, la réforme de la santé et des services sociaux a mis le mouvement communautaire devant son miroir en l'obligeant à se poser des questions pour le moins embarrassantes : qui sommes-nous ? que voulons-nous ? où allons-nous ? Elle a été le déclencheur et le catalyseur d'une concertation régionale et d'une réflexion sur l'identité du mouvement communautaire (Comité d'implantation, 1993 cité dans TROPCB et Coalition des TROC, 1993, p. 6).

Or, que faire avec une réforme instituée par « l'adversaire » qui inclut dans ses modalités des éléments importants de sa propre plate-forme de revendications ? La concertation suppose des compromis, un concept que certains pouvaient rapidement confondre avec celui de compromission qui se rapporte davantage, quant à lui, à une certaine forme de démission par rapport à des objectifs défendus initialement. C'est ce genre de malentendu que la représentante de la TRPOCB cherchait à dissiper au moment de la rencontre nationale de 1993 :

Il est clair que le processus de régionalisation est en partie issu de nos demandes. Mais pas uniquement bien sûr ! Nous ne sommes pas naïfs : nous savons bien que dans ce processus, l'État cherche aussi à se désengager et à refiler certaines de ses responsabilités aux paliers régional et local. Mais une évidence s'impose : la régionalisation est là pour rester. Et ce processus de régionalisation, la Table des regroupements provinciaux le reconnaît et l'assume. Pas question de revenir en arrière, pas question de maintenir le doute ou l'ambivalence à ce sujet (TROPCB et Coalition des TROC, 1993, p. 5).

Avec le recul, une leader des milieux communautaires, présente au moment de ces tractations avec le MSSS, n'hésite pas à réaffirmer que cette nouvelle codification des rapports entre les organismes communautaires et l'État dans le domaine sociosanitaire n'était pas le résultat d'une politique imposée par le MSSS en 1991 à laquelle le tiers secteur n'aurait pas ou peu participé. Elle résultait bel et bien d'un compromis obtenu grâce aux luttes menées par les instances représentatives de ce tiers secteur :

Je pense que ce que comporte la Politique de santé et de services sociaux concernant le communautaire, ça été gagné par [la TRPOCB], que ce soit en évaluation, que ce soit sur l'autonomie, que ce soit sur la place du communautaire dans les régies régionales. Tout ça, c'est beaucoup le fruit de ces luttes avec, bien sûr, des difficultés. La politique, comme telle, la réforme de la santé et des services sociaux, on l'a écrit, on l'a dit et on le répète encore, d'un côté, elle affirmait l'autonomie et de l'autre, elle voulait attacher le mouvement communautaire dans une perspective de complémentarité ; attacher avec un élastique, mais on a toujours résisté à ça et nous avons trouvé d'autres voies aussi pour essayer de résister. Alors, moi, je pense que la Table s'est imposée

comme une interlocutrice assez incontournable à toutes les étapes de cette politique. Je pense qu'on en voit le fruit dans la Politique du SACA (Entrevue n° 15, p. 24).

Cette tension au sein du compromis que représente la réforme de 1991 entre, d'une part, la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires et, d'autre part, la volonté gouvernementale de continuer à assumer un rôle déterminant en termes de coordination des services au sein du système sociosanitaire se manifeste à l'intérieur même de la Loi par les modalités inscrites dans les articles 347 et 352 :

Article 347. La régie régionale doit, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre des plans d'organisation de services qu'elle dépose à l'assemblée régionale. [...] Ils doivent préciser la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés dans la politique ou le programme.

Article 352. La régie régionale prend les mesures nécessaires pour coordonner les activités des établissements et des organismes communautaires ainsi que les activités médicales particulières des médecins [...] en favorisant, entre eux, la concertation et la collaboration en vue d'assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable des ressources de façon à tenir compte de la complémentarité des établissements, des organismes et des cabinets, à éliminer entre eux les doublages et à permettre la mise en place de services communs (Gouvernement du Québec, 1991, p. 103).

La question des plans régionaux d'organisation de services (PROS) et de la complémentarité des secteurs public et communautaire a suscité, en effet, de vifs débats au sein des milieux communautaires qui y ont vu une « astuce » de la part du MSSS, par le biais des régies régionales, pour reprendre d'une main ce qu'il avait accordé de l'autre. Le concept de « réseaux intégrés de services » mis de l'avant par le MSSS va d'ailleurs constituer, à partir de la seconde moitié des années 1990 et pour les milieux communautaires, l'autre cheval de Troie par lequel le Ministère tente de s'introduire dans les pratiques autonomes des groupes pour en détourner le sens et les fonctions au profit de ses propres objectifs (Proulx, 1997).

## **2. LA RÉFORME ROCHON (LE VIRAGE AMBULATOIRE) ET LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES**

Le concept de réseau intégré de services n'était pas nouveau puisque la ministre libérale Thérèse Lavoie-Roux y avait déjà fait allusion à la fin des années 1980, à la suite des consultations qu'elles avaient menées pour

réformer le système sociosanitaire (voir le chapitre 6). Mais cette fois, la question des réseaux intégrés de services n'est plus un vague concept servant d'horizon lointain pour définir une situation idéale d'intégration des diverses fonctions et services dans le système. Il s'agit d'une politique concrète et de plus en plus affirmée du MSSS pour donner une cohésion à l'ensemble des composantes du système sociosanitaire qui ont eu d'ailleurs tendance à se multiplier au cours des années 1990, résultat de l'application de la réforme Côté et, un peu plus tard, de la réforme Rochon (1996-1997) et du virage ambulatoire (Demers, Dupuis et Poirier, 2002).

Si Marc-Yvan Côté était parvenu à établir un relatif compromis entre les investissements nécessaires à sa réforme et l'appétit du Conseil du Trésor pour les réductions budgétaires découlant des nouvelles mesures adoptées, il n'en sera pas de même pour son successeur, Jean Rochon (auteur du fameux rapport Rochon en 1988). Nommé à la tête du MSSS en 1994 par le gouvernement de Jacques Parizeau, le nouveau ministre va entreprendre à son tour une réforme, certes de moindre envergure que celle de son prédécesseur, mais tout de même assez importante compte tenu de la nouvelle dynamique qu'elle tentait d'imposer au réseau public. La réforme de Jean Rochon visait en quelque sorte à achever la démarche entreprise par la réforme Côté en termes de transferts de ressources médicales et hospitalières vers les services de première ligne, ce qu'on va désigner plus communément comme le virage ambulatoire. La réforme Rochon va toutefois faire les frais de la politique du déficit zéro du gouvernement québécois.

Comme cette réforme a été mise en branle en pleine période de compressions budgétaires, plusieurs vont décrier cette transformation du système et lui attribuer tous les maux : engorgement des urgences, liste d'attente en chirurgie, personnel à bout de souffle, détérioration des relations de travail, etc. (Côté, 2000). Le ministre lui-même reconnaissait en 1998, en préambule à la présentation du rapport annuel du MSSS, que les années de transformation du réseau (1995-1998) «[n'avaient] pas toujours été faciles pour tous ceux et celles qui se sont engagés quotidiennement auprès de la population et qui ont eu à gérer ces multiples changements» (MSSS, 1998, p. 11). Il est plutôt rare qu'un ministre donne ainsi en partie raison aux critiques formulées à l'endroit de ses politiques, ou du moins reconnaisse les difficultés qu'elles ont pu engendrer. Mais ce ne serait pas là le dernier *mea culpa* exprimé par le ministre au regard de sa réforme. Dans une entrevue accordée au journal *La Presse*, en 1999, soit à la toute fin de son parcours comme ministre, Jean Rochon admettait lui-même que l'opération de réorganisation des services de santé avait été complètement obnubilée et mise en péril par l'opération budgétaire qui se déroulait simultanément et qui avait vu, entre autres, plus de 17 000 travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, quitté leur emploi à la suite de

l'offre du gouvernement de mise à la retraite anticipée<sup>3</sup> (Gagnon, 1998). Tant le gouvernement que les milieux syndicaux semblent avoir été pris de court par l'ampleur de ces mises à la retraite (Bourque et Jetté, 1999; MSSS, 1998). Peu de gens avaient réellement anticipé les conséquences désastreuses d'une telle saignée de ressources humaines, et conséquemment d'expertise, sur le système sociosanitaire. En un sens, le succès de cette offre gouvernementale donnait la mesure du ras-le-bol collectif vécu par le personnel par rapport aux conditions de travail et au climat qui régnait dans plusieurs établissements sociosanitaires au cours de la seconde moitié des années 1990<sup>4</sup>.

Mais le tableau n'est pas complètement noir puisque certains domaines d'activité vont échapper au couperet gouvernemental et même bénéficier de ressources supplémentaires au cours de cette période de compressions tous azimuts. C'est le cas du programme de services à domicile, mais aussi du PSOC qui va profiter des compressions et des fermetures d'hôpitaux pour engranger une partie des sommes épargnées par ces mesures de restrictions. Certes, la hauteur des montants ainsi dégagés et versés aux organismes communautaires variera selon les régions puisque avec l'avènement de la régionalisation et de la décentralisation des pouvoirs, c'est au niveau des régies régionales que se prennent désormais les décisions concernant les mesures de compressions à adopter et les transferts effectués vers d'autres postes budgétaires. Mais, de manière générale, les entrevues que nous avons réalisées montrent que cet exercice a été à l'avantage des organismes communautaires qui ont profité, au cours de cette période, d'une augmentation de leur budget. Nous serons en mesure de mieux évaluer les retombées financières de cette opération de compressions/réallocations au chapitre suivant. Pour l'instant, nous allons procéder à l'analyse des retombées politiques de ces transformations.

### **3. LES RÉGIES RÉGIONALES ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : DES ENTENTES À CONTENU VARIABLE SELON LES RÉGIONS (1994-1998)**

Officiellement, c'est le 1<sup>er</sup> avril 1994 que s'est amorcée la régionalisation du PSOC. Cette opération, qui s'est étendue sur deux années financières (1994-1995 et 1995-1996), avait pour effet de décentraliser la gestion du

---

3. Le MSSS avait prévu environ 7 000 départs alors que, dans les faits, ce sont 17 635 personnes salariées qui se sont prévaluées du programme de départ volontaire (MSSS, 1998, p. 55).

4. La grève illégale des infirmières à l'été 1999 peut être perçue comme une autre manifestation de l'exaspération vécue par le personnel du réseau à cette époque.

PSOC dans les différentes régions administratives du Québec (MSSS, 1995, 1996). Depuis 1973, cette responsabilité avait été assumée par le MSSS par le biais d'une unité administrative connue sous le nom de Service de soutien aux organismes communautaires (SSOC). Désormais, chaque région régionale serait responsable du financement des organismes communautaires sur son territoire en vertu du PSOC. Cela signifiait non seulement le versement des subventions, mais aussi l'application des critères d'admission des groupes communautaires au programme sur la base de leur appartenance au domaine de la santé et des services sociaux (comme défini de manière large par la Politique de santé et de bien-être de 1992) ainsi que sur la base de leur conformité à la définition d'un organisme communautaire, comme stipulé à l'article 334 de la Loi (article que nous avons examiné précédemment).

À noter que l'admission au programme ne signifiait pas automatiquement l'accès au financement puisque le versement des sommes demeurerait soumis à certaines conditions, notamment aux disponibilités financières des régions régionales ainsi qu'aux priorités ministérielles en matière de santé et de services sociaux (Entrevue n° 19). Enfin, une troisième étape renvoie à l'accréditation continue au PSOC qui s'adresse aux organismes financés depuis au moins trois ans. Cette mesure vise à assurer un financement récurrent aux organismes répondant aux critères du programme, tout en allégeant les démarches administratives nécessaires à la reconduction de leurs subventions (MSSS, 2002b). Avec cette accréditation, les organismes passent d'un financement triennal à un financement permanent conditionnel au respect de certains critères définis avec les régions régionales concernant la reddition de comptes.

Si la première année de la régionalisation du programme s'est simplement traduite par la reconduction des budgets déjà accordés par le SSOC du MSSS, les régions régionales n'assumant qu'un rôle d'intermédiaire dans l'octroi des subventions, les années subséquentes ont vu ces mêmes régions assumer progressivement leurs responsabilités légales à l'égard du PSOC en vertu des modalités afférentes à la Loi. Évidemment, à ce stade-ci de nos discussions, la question se pose : quel impact cette décentralisation du programme a-t-elle eu sur le financement des organismes ?

De manière générale, après environ sept années d'application (1994-2001), les informateurs que nous avons consultés, provenant tant des milieux communautaires que des régions régionales, nous ont transmis des données qui tendent à confirmer l'apport bénéfique de cette décentralisation du PSOC sur la situation financière et politique des organismes communautaires. La période allant de 1996 à 1998, alors que le MSSS est sous la gouverne de Jean Rochon, semble avoir été particulièrement avantageuse pour

les groupes qui ont pu profiter, dans plusieurs régions, de réallocations budgétaires liées aux compressions effectuées dans le réseau, notamment par la fusion de certains établissements et la fermeture d'hôpitaux. Certes, une partie des sommes économisées allait être directement versées dans les coffres du Conseil du Trésor afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique du déficit zéro instaurée par le gouvernement de Lucien Bouchard. Mais l'autre portion des montants épargnés demeurait en région, sous l'autorité des régies régionales, qui pouvaient en disposer à leur guise (dans le cadre de la Loi) afin de financer certains services ou programmes jugés prioritaires par les acteurs locaux. C'est dans ce contexte que plusieurs organismes communautaires ont profité de montants supplémentaires octroyés au PSOC. Il ne s'agissait évidemment pas de nouveaux crédits, mais d'une réaffectation budgétaire qui, pour une rare fois, allait freiner le développement des services et des établissements hospitaliers et d'hébergement de longue durée afin de favoriser les services et les institutions de première ligne (organismes communautaires et CLSC entre autres).

Mais l'évaluation, somme toute positive de cette période pour le tiers secteur communautaire, ne doit pas pour autant faire oublier les évidentes disparités régionales qu'elle a pu entraîner entre les régions en raison même de l'autonomie que ce processus octroyait aux instances régionales. Si les dispositifs de la régionalisation ont permis dans plusieurs cas d'instaurer des programmes et des politiques plus conformes aux vœux des acteurs locaux et adaptés aux réalités des territoires concernés, elles ont pu aussi, à d'autres occasions ou en d'autres lieux, favoriser l'inscription de mesures régressives ou tutélaires envers les organismes communautaires dans un contexte souvent marqué par des rapports tendus avec les régies régionales. C'est ainsi que nous avons pu observer une variété de situations et de points de vue quant à l'importance accordée aux organismes communautaires par les autorités sociosanitaires régionales. Cet intérêt à géométrie variable peut être appréhendé à travers un certain nombre d'indicateurs tels que la caractérisation des relations développées entre les organismes communautaires et les régies régionales (conflictuel ou consensuel), la formalisation ou non des arrangements mis en place pour institutionnaliser ces rapports<sup>5</sup> (cadre de référence, cadre de financement et cadre d'interaction),

---

5. En 2005, 12 régions sur 16 disposaient de cadres régionaux pour baliser les rapports entre le tiers secteur et le secteur public (Entrevue n° 30, p. 6). Ces cadres pouvaient être constitués de trois documents, soit un cadre de référence pour baliser les interactions avec la régie régionale, un cadre de reconnaissance des organismes en santé et services sociaux et un cadre de financement. Ailleurs, la brochure du PSOC sert de document de référence.

le type de financement accordé aux organismes communautaires (mission globale, ententes de services et subventions ponctuelles) et, finalement, la hauteur des sommes octroyées.

La région de la Mauricie/Centre-du-Québec, par exemple, semble avoir fait figure de région modèle en termes de partenariat entre la régie régionale et les organismes communautaires, alors que la région de la Montérégie a connu certains blocages et la région de Montréal s'est distinguée par les difficultés à établir des rapports institutionnalisés et à articuler une action qui rejoigne l'ensemble des acteurs des milieux communautaires<sup>6</sup>.

#### 4. LA RECENTRALISATION DES POUVOIRS AU MSSS (1998-2001)

L'une des dynamiques communes les plus significatives observées dans les régions que nous avons visitées, et qui nous a été rapportée par presque tous les acteurs locaux, est sans contredit la recentralisation des pouvoirs aux mains du MSSS depuis la fin des années 1990. Ce mouvement de recentralisation correspond à la fin de la période de compressions, amorcée par le gouvernement du Parti québécois en 1996, et au début d'une ère plus faste pour le MSSS qui s'est mis à réinvestir des sommes dans le réseau à partir de 1998-1999.

À cet égard, la fin du règne de Jean Rochon comme ministre de la Santé et des Services sociaux, et le début de celui de Pauline Marois, coïncide avec l'émergence de cette nouvelle dynamique qui mettait un frein aux efforts de régionalisation du système entrepris par la réforme du ministre Marc-Yvan Côté en 1991 (Entrevues n° 2, n° 11, n° 21, n° 24, n° 29 et n° 30). L'adoption du projet de loi 28 en 2001, qui vient modifier plusieurs articles du chapitre 42 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en constitue le point d'arrivée (du moins, pour nos travaux) en ce qu'elle vient institutionnaliser les reculs observés depuis 1998 dans le processus de décentralisation. Plusieurs hypothèses peuvent être émises quant aux facteurs ayant contribué à ce phénomène lourd de conséquences pour l'évolution du système sociosanitaire. Nous en avons rapporté quelques-unes qui nous avaient été suggérées par certains acteurs locaux dans les régions où nous sommes allés recueillir des informations : guerre de pouvoirs entre les acteurs administratifs et

---

6. Pour une analyse détaillée de la situation observée dans ces régions au cours des années 1990, le lecteur est invité à consulter la thèse de doctorat à la base de cet ouvrage (Jetté, 2005).

politiques au sein du MSSS, changement de direction à la tête du Ministère entraînant le retour en force de formes de gouvernance plus hiérarchiques, volonté politique de juguler la crise du système sociosanitaire à la veille de nouvelles élections, etc. Nous n'avons pas la prétention d'être en mesure de porter un jugement définitif sur ces diverses hypothèses, ni d'apporter une conclusion finale sur un phénomène en plein développement (Bourque, 2004). Néanmoins, la centralisation et son corollaire, la dépossession de certains pouvoirs attribués aux régions depuis 1991, laissent poindre de nouveaux enjeux et donnent la mesure des appuis (ou du manque d'appui) dont a disposé le mouvement de régionalisation au cours des dix dernières années.

En effet, à cette étape-ci de notre démarche, certains constats peuvent déjà être tirés de l'évolution des rapports entre le MSSS et les organismes communautaires en santé et services sociaux au cours des années 1990. D'une part, avec le recul, il faut bien reconnaître la détermination dont a dû faire preuve Marc-Yvan Côté, à son époque, pour que les structures institutionnelles du système sociosanitaire québécois prennent un virage régionaliste, une réforme combattue dès le départ par plusieurs représentants des pouvoirs médicaux et hospitaliers, par plusieurs syndicats de travailleurs du domaine de la santé et des services sociaux et par certains gestionnaires d'établissements publics habitués de négocier leur budget de fonctionnement directement avec le MSSS.

Même chose lors de la seconde étape de cette régionalisation, soit la mise en œuvre de la réforme Rochon au milieu des années 1990, qui a également été contestée par bon nombre d'acteurs des milieux de la santé et des services sociaux, ainsi que par une bonne partie de l'opinion publique, qui ont exprimé leur mécontentement et dénoncé les effets pervers de certaines mesures budgétaires restrictives associées à cette réforme. À l'époque, très peu d'observateurs ont pris la peine de distinguer, dans leurs analyses, les impacts du virage ambulatoire attribuables aux politiques de restructurations budgétaires émanant du Conseil du Trésor, de ceux découlant de la priorisation des services de première ligne.

D'autre part, on constate que ce mouvement de décentralisation n'a même pas pu faire le plein des appuis des milieux communautaires, qu'on aurait pu croire acquis au processus, compte tenu des avantages qu'ils pouvaient en tirer au plan de la reconnaissance politique et financière. Divisés entre ses factions régionales et nationales quant aux bienfaits de cette régionalisation, certains groupes n'ont cessé de réclamer, tout au long de la décennie, un accès direct au MSSS afin de continuer à profiter de stratégies de lobbying qui, à l'évidence, les avaient bien servis au cours de la période précédant la régionalisation.



Ce processus de centralisation rend compte également de la difficulté d'inscrire de nouveaux principes d'action au sein du système sociosanitaire lorsque ceux-ci viennent déstabiliser l'équilibre des rapports de force qui, jusque-là, avaient donné un avantage certain aux promoteurs d'une médecine industrielle et principalement curative. Les nouveaux compromis institués par la régionalisation ont souvent plaidé en faveur de la première ligne d'intervention (CLSC et organismes communautaires) au détriment des acteurs sociaux associés aux services de deuxième et troisième ligne, davantage en prise avec les milieux hospitaliers. Qui plus est, ces services sont généralement soutenus par de lourds dispositifs de contrôle et un appareillage de diagnostic et de traitement à la fois sophistiqué et coûteux.

Or, l'arrivée de Pauline Marois donne le signal d'un règlement de la crise du système sociosanitaire à partir de l'injection de sommes supplémentaires en direction des centres hospitaliers, une mesure qui répondait partiellement aux revendications de plusieurs groupes d'intérêts du secteur public et d'acteurs favorisant la poursuite du projet providentialiste (comme la Coalition Solidarité Santé par exemple). Un membre du personnel d'une régie régionale décrivait ainsi l'intervention de la ministre Marois dans sa région :

Madame Marois est arrivée et elle a dit : « [l'argent] que vous vous étiez engagés à réinvestir dans les services dans le milieu, vous ne les réinvestissez pas ». On l'avait fait la première année et ça avait donné un bon coup de main, surtout au communautaire. Elle nous dit : « il reste des centres hospitaliers [...] qui ont encore des déficits importants ; il reste des centres jeunesse à travers la province qui ont des déficits. Ce que vous avez récupéré [avec les compressions], je le prends et je le redistribue à ma bonne volonté ». Depuis ce temps-là, quand l'argent rentre dans la région, c'est une enveloppe « taguée » par programme-clientèle, puis il n'y a pas eu de rehaussement de base du financement global des organismes communautaires tous programmes confondus (Entrevue n° 29, p. 5).

Un autre informateur provenant des milieux communautaires traçait le même bilan tout en reprenant à son compte l'analyse que nous avaient livrée certains acteurs de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec :

On a fait de la régionalisation pendant et en même temps que toute la période de compressions et de coupures à tour de bras. À ce moment-là, on était compétent pour ça en région quand il y a eu le déficit zéro. C'est drôle mais quand les chèques ont commencé à se résigner à Québec, [...] on n'avait plus les compétences pour redistribuer les surplus. On avait les compétences pour couper mais pas pour redistribuer (Entrevue n° 11, p. 17-18).

Ce mouvement de recentralisation n'avait pas échappé à la Table des regroupements nationaux qui signalait, dans un document datant de l'hiver 1999, « qu'on sent actuellement un retour du pendule, à savoir que l'injection de sommes supplémentaires pour le financement des organismes en santé et services sociaux ne peut venir que du Ministère et du politique » (TRPOCB, 1999, p. 2); une façon comme une autre de prendre acte de la marginalisation graduelle des régies régionales et des acteurs locaux au profit de l'équipe ministérielle et du MSSS. Rappelons que le Regroupement des maisons des jeunes en était venu aux mêmes conclusions et avait modifié son approche politique en recentrant ses stratégies de lobbying sur le Ministère au début des années 2000 (notamment à l'occasion du Sommet du Québec et de la Jeunesse), ce qui lui avait permis de décrocher des crédits supplémentaires pour ses membres (Entrevue n° 24).

Il faut dire que la ministre Marois n'avait pas caché ses intentions. Dès 1999, elle annonçait que « son ministère allait être plus ferme vis-à-vis les régies régionales quant à certaines orientations » (Côté, 1999, p. 305). D'une certaine façon, le MSSS a pris prétexte des difficultés éprouvées dans certaines régions, notamment concernant la présence de médecins et leur répartition sur les territoires, ainsi que certaines politiques « délinquantes » contrevenant aux directives du Ministère en matière de compressions budgétaires, pour retirer aux régies régionales une bonne part de leurs prérogatives en matière d'organisation des services sociosanitaires<sup>7</sup>. Ce faisant, toutefois, elle mettait fin à une expérience de démocratie régionale ayant connu certes des ratés, mais qui avait tout de même permis de donner dans plusieurs régions de nouvelles orientations aux

---

7. Il est intéressant de noter que les recommandations contenues dans le rapport de la commission Clair concernant les conseils d'administration des régies régionales – qui vont être reprises en grande partie l'année suivante lors du dépôt du projet de loi 28 par le ministre Trudel – proposent au gouvernement de procéder lui-même à la nomination des administrateurs siégeant à ces instances puisque « c'est le moyen de s'assurer que le conseil d'administration compte des membres compétents en matière de gouverne pour bien administrer les centaines de millions que l'État leur confie » (Clair, 2000, p. 221). Les auteurs du rapport font également discrètement allusion au conflit qui a pu marquer les rapports entre le MSSS et les régies au cours des années 1990, conflit qui pourra à l'avenir être évité en raison précisément de la nomination des administrateurs : « Afin d'éliminer les critiques et les fonctions quant à la légitimité des membres du conseil d'administration des régies, ce qui en vient à briser le lien de confiance entre les deux paliers de gouverne, à l'échelon national et régional, nous sommes d'avis que ces membres doivent être nommés par le gouvernement » (Clair, 2000, p. 221). Curieux raisonnement que celui de la Commission par lequel on en vient à soustraire au processus démocratique le choix des membres d'une instance décisionnelle sous prétexte de leur donner plus de légitimité.

services sociosanitaires, des orientations ayant largement profité aux organismes communautaires et qui, dans une certaine mesure, avaient freiné la dynamique hospitalocentrique au sein du système.

Cet épisode de recentralisation allait trouver sa contrepartie législative après la publication, en décembre 2000, du rapport de la commission Clair et la présentation en mai 2001 du projet de loi 28, qui s'inspirait de certaines recommandations formulées par cette commission (Clair, 2000, p. 221-229). Le projet de loi modifiait profondément le cadre juridique dans lequel s'exerçaient la nomination et la fonction des administrateurs aux conseils d'administration des régies régionales et des établissements publics de la santé et des services sociaux. Ce projet de loi fut présenté par le nouveau ministre, Rémi Trudel, le 15 mai 2001 et fut soumis par la suite à une brève consultation publique. Le ministre souhaitait ainsi faire adopter son projet de loi à toute vapeur, avant l'ajournement de la session parlementaire prévu pour le début de l'été. Ce projet de loi fut finalement adopté le 21 juin 2001 (Gouvernement du Québec, 2001, chapitre 24).

Les principales dispositions de cette loi faisaient disparaître le processus électif des administrateurs au conseil d'administration des régies régionales et lui substituait un mécanisme de nomination dirigé directement par le Ministère (articles 66, 67 et 68 du projet de loi 28). Ainsi, un seul siège sur 16 (ou 17 dans certaines régions) au total était désormais réservé aux organismes communautaires (désigné au surplus par le ministre) en remplacement des quatre postes électifs prévus par la Loi de 1991. Les collègues électoraux sont remplacés par un Forum de la population composé de 15 à 20 personnes désignées par le Ministère (article 50 du chapitre 24, 2001). On ajoutait un représentant issu des milieux médicaux par la création d'une commission infirmière régionale siégeant d'office au conseil d'administration (article 57 du chapitre 24). Enfin, le directeur général d'une régie devenait également président de son conseil d'administration (donc, création d'un poste de président-directeur). Il faut souligner que le Ministère se réservait aussi le droit de déterminer la composition de la liste des membres fournie par les organismes communautaires, tout comme celles fournies par les autres groupes représentés au conseil d'administration, à l'exception de celles fournies par les milieux médicaux (commission médicale, commission infirmière et commission interdisciplinaire) (article 397.4 du chapitre 24, 2001).

Les modifications apportées par les dispositions du chapitre 24 ont eu pour effet de noyer littéralement l'unique représentant des milieux communautaires aux conseils d'administration des régies régionales, tout comme ceux choisis par les usagers lors du Forum de la population

parmi l'ensemble des administrateurs, tout en assurant au gouvernement le contrôle sur l'identité même des personnes qui y seraient nommées. Le mode de nomination passait ainsi de dispositifs électifs et démocratiques (monde civique) à un processus de désignation hiérarchique et arbitraire dirigée par le MSSS (monde domestique). Le ministre de l'époque, Rémi Trudel, justifiait ces changements sur la base d'un constat d'échec du processus électoral qui, selon lui, ne parvenait pas à rejoindre plus de 1 % de la population québécoise ayant droit de vote. Mais comme le faisait remarquer un observateur des politiques gouvernementales en santé et services sociaux, peu d'efforts ont été faits par le MSSS pour tenter de remédier aux défaillances du processus électoral (Fournier, 2002). Tout se passe finalement comme si le MSSS en était venu à la conclusion qu'il était impossible de remédier aux problèmes du système sociosanitaire en empruntant la voie de la démocratisation et de la régionalisation. Il a ainsi plutôt opté pour des solutions émanant du secteur privé (nouvelle gestion publique) qui écartaient les dispositifs démocratiques (principe civique) au profit de nouveaux modes de coordination.

Si le compromis précédent reposait, d'une part, sur le développement de la technologie de pointe en médecine, le contrôle des coûts et l'évaluation des processus et des services (monde industriel) et, d'autre part, sur l'élection d'administrateurs aux conseils d'administration des régies régionales, la décentralisation des instances décisionnelles et la régionalisation des services (monde civique), le nouveau compromis en gestation fait disparaître les éléments démocratiques du système. Il maintient et renforce même les dispositifs d'évaluation-contrôle des services par l'entremise de processus tels que le financement spécifique<sup>8</sup>, la fusion d'établissements publics et l'avènement des réseaux intégrés de services (monde connexionniste). Ces préoccupations gouvernementales envers un contrôle accru de la gestion du système sociosanitaire passent ainsi par l'application rigoureuse de méthodes expérimentées dans le secteur marchand. Cette

---

8. Ce financement spécifique ne remplace pas les sommes déjà versées par le MSSS aux organismes communautaires sur la base d'un financement global. Les nouveaux arrangements signifient par contre que les ressources supplémentaires investies par le MSSS vont prendre désormais la forme d'un financement spécifique, tout cela dans le contexte de la mise en place d'une politique de reconnaissance de l'action communautaire (2001) favorisant le financement à la mission globale des organismes. Ce paradoxe va s'accroître au cours des années qui vont suivre avec l'instauration des projets cliniques et la contractualisation souhaitée par le Ministère des rapports entre les nouveaux centres de services de santé et de services sociaux (CSSS) et les organismes communautaires, notamment à travers l'adoption du projet de loi 83 en 2005.

nouvelle orientation dans la gouverne des régies régionales se manifeste à son tour dans la description des compétences requises pour les personnes nommées à 9 des 16 sièges (plus de la moitié) qui devront être « reconnues pour leurs compétences en gestion » (Gouvernement du Québec, 2001, p. 29). Ayant auparavant un statut de décideur, les représentants des organismes communautaires et ceux des usagers sont désormais réduits à être des consultants dans les nouveaux arrangements de 2001 (étant donné le peu de compétence qu'on leur accorde en matière de gestion professionnelle), une transformation importante qui venait en quelque sorte institutionnaliser le mouvement de recentralisation amorcé en 1998.

Nous avons déjà relevé, dans le chapitre précédent sur les années 1980, que le compromis instauré par la réforme Castonguay-Nepveu entre les dispositifs démocratiques (monde civique) et ceux requis pour l'établissement d'un système sociosanitaire moderne et efficace (monde industriel), soit à partir de l'instauration de nouveaux modes de gestion (le PPBS), de nouvelles méthodes comptables (budget global) et d'évaluation des services (création d'une direction de l'évaluation au MSSS), ne pouvait se maintenir qu'à condition que les principes de la démocratie servent les objectifs d'efficacité et d'efficience propres au monde industriel. La commission Rochon, à son tour, avait souligné en 1988 comment les rapports entre ces principes de participation et d'efficacité étaient indissociables, non seulement pour favoriser la transparence des enjeux autour du système sociosanitaire, mais aussi pour maximiser le rendement des ressources investies par la société dans le système de santé et de services sociaux (Rochon, 1988). Plus récemment, l'OMS reprenait ce constat en affirmant que « les citoyens doivent être au centre des actions visant la promotion de la santé et du processus décisionnel pour les réaliser si l'on veut qu'ils soient efficaces » (OMS, 1997 cité dans CSN, 2001).

À l'évidence, le projet de loi 28 s'impose à contre-courant de cette tendance à la démocratisation des systèmes. Il suppose une cooptation des administrateurs siégeant aux conseils d'administration des régies régionales et le refoulement à la marge de la représentation citoyenne et des groupes contestant l'hégémonie de la médecine technoscientifique sur le système sociosanitaire. Ce projet de loi a aussi pour effet de restaurer une gouvernance hiérarchique obsédée par le contrôle des coûts et la mise en place de mode de production optimale des services au sein d'un environnement marqué par d'importantes contraintes financières et politiques (principes du monde industriel).

C'est d'ailleurs cette recherche de modes de production plus efficaces qui a amené le MSSS à introduire dans son projet de loi 28 des modifications permettant au gouvernement de décréter la fusion obligatoire des

conseils d'administration de certains CLSC avec des CHSLD, et même des centres hospitaliers de plus de 50 lits. Mais avec le recul, on constate que les dispositions de la Loi 24 n'étaient que le prélude à l'adoption de mesures encore plus contraignantes qui seront mises en place à partir de décembre 2003 avec la Loi 25 et qui forcent une intégration plus grande des divers producteurs de services au sein de réseaux intégrés de services (Bourque, 2004, p. 9-1). Plusieurs de ces réseaux « locaux » sont par ailleurs dominés par l'institution hospitalière et viennent ainsi appuyer la résurgence de la dynamique hospitalocentrique induite par le projet de loi 28 du ministre Trudel.

À certains égards, ce changement de cap du gouvernement québécois par rapport à la régionalisation était peut-être inévitable, compte tenu de la responsabilité du MSSS d'assurer la coordination des divers producteurs de services sur son territoire<sup>9</sup>. Par les diverses modifications apportées à la Loi de 1991 sur la santé et les services sociaux, la Loi 24 adoptée en 2001, la Loi 25 en 2003 et la Loi 83 en 2005 traduisent la volonté gouvernementale d'assurer de manière plus serrée cette coordination d'un réseau de plus en plus complexe et étendu en termes de ressources financières, humaines et matérielles. Ces nouveaux modes de coordination qu'on tente de mettre en place et d'adapter au secteur public dérivent tout droit des principes réticulaires propres à l'organisation en réseau (alliance, partenariat, sous-traitance, etc.). Or, la question se pose : les nouvelles modalités de coordination des services introduites par les Lois 24, 25 et 83 représentent-elles le meilleur moyen pour assurer cette coordination optimale des ressources? La question est d'autant plus pertinente que leur application a signifié un recul important des processus démocratiques au sein du système sociosanitaire.

Quoi qu'il en soit, des chercheurs ont mis en lumière le fait que la « décentralisation, et la fragmentation qui s'en suit, créent le besoin d'une plus grande coordination afin d'assurer la cohérence des politiques gouvernementales » (Hart, 1998, p. 220). Par contre, les spécialistes des sciences de la gestion sont plutôt muets sur la façon de résoudre cet apparent paradoxe. De toute évidence, le gouvernement québécois, lui, a répondu à cette interrogation en introduisant de nouveaux modes de gouvernance

---

9. Producteurs de services qui se sont multipliés, non seulement en raison de l'essor des groupes communautaires, mais aussi à travers les divers processus de désinstitutionnalisation, l'avènement du virage ambulatoire et le développement de ressources privées et intermédiaires en hébergement.

hiérarchique. Ce faisant, il modifiait les termes du compromis forgé depuis le début des années 1990 avec les organismes communautaires. De nouveaux enjeux se profilent donc pour le tiers secteur communautaire qui doit tenir compte des transformations survenues au plan institutionnel et sociétal dans le choix des stratégies qu'il met en œuvre pour assurer son développement et faire avancer son projet de société.





## CHAPITRE 10

# LA LANCINANTE QUESTION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES

Les chapitres 8 et 9 nous ont fourni l'occasion d'aborder certains aspects des transformations organisationnelles du système sociosanitaire québécois au cours des années 1990. Si l'on s'en tient aux observations que nous avons faites, ces processus se sont déroulés selon le calendrier suivant : régionalisation et décentralisation de 1991 à 1994 ; virage ambulatoire et compressions budgétaires de 1995 à 1998 ; résurgence d'une dynamique de centralisation et réinvestissement budgétaire de 1999 à 2001. Plusieurs des principaux éléments de ces changements organisationnels ont été exposés et commentés au fil de nos discussions dans le cadre des deux chapitres précédents. Il nous reste toutefois à examiner les conséquences de l'établissement de ces nouveaux compromis sur l'organisation concrète des services, sur la configuration du réseau et sur les modes de coordination régissant les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires. C'est ce à quoi notamment sera consacré le chapitre 10 qui abordera la question de l'intégration des services, qui a fait l'objet de discussions et de débats au sein du MSSS depuis la fin des années 1980.

Nos remarques porteront également sur l'évolution du soutien financier accordé aux organismes communautaires en vertu du PSOC. Nous examinerons, d'une part, l'évolution du financement des diverses composantes du tiers secteur communautaire au cours des années 1990 et, d'autre part, l'évolution du financement du PSOC par rapport à d'autres sources de financement destinées aux organismes communautaires en santé et services sociaux. Ce dernier volet nous donnera l'occasion de livrer certaines informations recueillies auprès de nos informateurs quant aux modalités particulières du PSOC et son rôle fondamental dans l'essor et la capacité d'innovation des organismes qu'il soutient. Nous terminerons ce chapitre en présentant un aperçu des enjeux auxquels sont confrontés les organismes du tiers secteur communautaire au tournant des années 2000, notamment quant à l'articulation des divers modes de coordination qui président à leur fonctionnement et à leur évolution.

## 1. L'IMPOSITION GRADUELLE DE L'ORGANISATION EN RÉSEAU DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

À première vue, les orientations gouvernementales en matière de coordination des services sociosanitaires peuvent paraître erratiques et discontinues par rapport aux orientations impulsées par la réforme de 1991. Les années 1990 ont donné lieu à des transformations institutionnelles et organisationnelles paradoxales dans la mesure où elles se sont inscrites dans des trajectoires diamétralement opposées, d'abord de décentralisation (quoique partielle) au début de la décennie, puis de recentralisation à partir de 1998. Mais un regard plus attentif sur l'évolution des politiques gouvernementales révèle la mise en place d'une série de dispositifs successifs et d'expériences convergeant tous vers le même but, soit le déploiement d'une meilleure coordination des divers producteurs de services au sein du système sociosanitaire. C'est là d'ailleurs un objectif qui obsède le gouvernement québécois depuis les révélations faites à la commission Rochon concernant la mainmise des différentes organisations syndicales et professionnelles sur le fonctionnement du système.

Considérée sous cet angle, l'action gouvernementale apparaît moins incohérente et plus en phase avec la recherche d'arrangements institutionnels et organisationnels intégrés qui permettraient un fonctionnement plus harmonieux de l'ensemble des composantes du système sociosanitaire. Rappelons encore une fois que, dès 1986, Thérèse Lavoie-Roux avait suggéré l'idée d'orienter le système sur la base de réseaux intégrés de services. Cette vision d'un réseau fonctionnant à partir d'une coordination plus serrée des divers producteurs de services ne date donc pas d'hier. En d'autres termes, si discontinuité et incohérence il y a, c'est davantage au plan des

moyens et des stratégies adoptés qu'en termes de finalités visées par l'action gouvernementale qui a plutôt fait preuve d'une certaine constance depuis le début de la décennie 1990.

À cet égard, la réforme du ministre Marc-Yvan Côté de 1991 donnait le coup d'envoi de ces transformations, notamment avec le concept de complémentarité, que le Ministère souhaitait instituer dans ses rapports avec les organismes communautaires (Proulx, 1997). L'arrivée au pouvoir des péquistes en 1994 et la nomination de Jean Rochon comme ministre de la Santé et des Services sociaux allaient par contre s'avérer décisifs dans la consolidation de cette orientation et donner un nouvel élan aux transformations amorcées sous le règne du ministre Côté et des Libéraux<sup>1</sup>. Avec la réforme Rochon amorcée en 1995-1996 et achevée en 1997-1998 – réforme désignée plus communément sous le terme de virage ambulatoire –, le gouvernement québécois mettait en place une opération visant à « permettre la réorganisation du système en fonction de services à la population davantage intégrés, continus et complémentaires, par la décentralisation des responsabilités et des ressources au profit des secteurs régionaux et locaux » (MSSS, 1998, p. 51). L'intention ministérielle est ici clairement affichée de mettre à profit les dispositifs décentralisés et les instances démocratiques issues de la régionalisation pour modifier les principes d'action qui guident le fonctionnement du système sociosanitaire.

Dans un premier temps, la Loi de 1991 (chapitre 42) met en tension les principes de participation démocratique pour tenter de déplacer l'équilibre des pouvoirs au sein du système vers les acteurs locaux et les ressources de première ligne. À partir de 1995, le virage ambulatoire vient renforcer cette orientation de décentralisation et de priorisation des services de première ligne. Les modes de coordination adoptés pour réussir ce « virage » tendent toutefois à opérer un déplacement graduel en regard de la nature des mesures de performance qui vont déterminer la réussite ou l'échec des acteurs engagés dans la production des services. Dès lors, le système évolue d'une situation où les dispositifs démocratiques constituent les principes de base de son évolution (monde civique) à une autre où de nouveaux supports organisationnels, tels le partenariat, la communication entre les diverses composantes du réseau, la fusion d'établissements et le financement spécifique, s'instaurent comme vecteur central de son fonctionnement. Ces nouvelles pratiques administratives et de gestion sont caractéristiques du monde connexionniste et sont rattachés à un

---

1. Le ministre Côté se disait d'ailleurs réjoui des orientations prises par son successeur et adversaire politique, Jean Rochon, puisque les mesures annoncées allaient permettre de compléter sa réforme (Côté, 1999, p. 300).

mode de fonctionnement en réseau dont l'objectif est l'articulation, au sein d'un même continuum, des divers producteurs de services en vue d'une utilisation optimale des ressources.

C'est ainsi qu'à partir du milieu des années 1990 on assiste à la restructuration administrative du MSSS, à la première vague de fusions d'établissements, à la mise en place de nouveaux systèmes d'information sur la performance économique des établissements (MSSS, 1996), au resserrement des liens entre les CLSC et les centres hospitaliers de soins de courte durée (MSSS, 1997a), à l'utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information, tant au plan des pratiques sociosanitaires (télé-médecine) qu'au plan des pratiques comptables et administratives avec l'implantation du réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS) (MSSS, 1997a; 1998; 1999). Selon les dires mêmes du MSSS, ces changements organisationnels sont inspirés d'une «réflexion faite à partir d'une conception de hiérarchisation des services, c'est-à-dire que le bon service soit dispensé au bon endroit par la bonne personne» (MSSS, 1997a, p. 25). Ces principes sont en quelque sorte aux pratiques sociosanitaires ce qu'est le «*just-in-time*» à la production industrielle, soit un nouveau mode de production exigeant du système de production davantage de flexibilité et de capacité d'adaptation afin de donner une plus grande fluidité à la coordination des diverses unités de production des établissements et des organisations concernés par la prestation des services sociosanitaires.

Avec l'arrivée de Pauline Marois en décembre 1998, on assiste toutefois à un changement de cap dans les stratégies adoptées pour assurer l'implantation de nouvelles formes de coordination au sein du système. Ce changement n'est pas étranger au climat de crise qui règne au Ministère après trois années de compressions budgétaires, le départ de plus de 17 000 travailleurs salariés du réseau public et la grogne de l'opinion publique (exacerbée par les médias) que suscitent l'engorgement chronique des urgences d'hôpitaux (notamment à l'hiver 1999) et l'allongement des listes d'attente pour certaines chirurgies. Devant une telle problématique, la ministre décide d'agir promptement et de manière plus autoritaire que son prédécesseur. Elle dispose pour cela d'un atout sur lequel celui-ci n'avait pu compter, soit les surplus budgétaires du gouvernement qui lui permettent d'annoncer en 1999 des réinvestissements de l'ordre de 1,7 milliard de dollars sur deux ans dans le secteur de la santé et des services sociaux (MSSS, 1999, p. 65). Ces sommes vont servir, d'une part, à améliorer les services et, d'autre part, à éponger les déficits budgétaires réalisés par les établissements du réseau au cours de la période de compressions, et cela, en dépit de la Loi 107 sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux adoptée en 1996. Rappelons que cette loi prévoyait la fin des déficits pour les établissements publics du réseau, ainsi

que l'interdiction pour les établissements et les régies régionales de contracter des emprunts pour le paiement des dépenses de fonctionnement en l'absence d'autorisation expresse du Ministère.

Cette injection de nouvelles sommes s'accompagne cependant de mesures de contrôle importantes, ainsi que de cibles budgétaires précises pour les établissements, fixées directement par le MSSS, qui mettent un terme au mouvement de décentralisation amorcé par la réforme Côté en 1991. On peut penser que l'incapacité de plusieurs régies régionales à imposer les restrictions budgétaires exigées par le gouvernement n'est pas étrangère à l'imposition de ces nouvelles mesures administratives. En 1998-1999, en effet, le MSSS affirmait que « tout en assumant et en accentuant son rôle d'orienteur, [il entend] intensifier son soutien aux régies régionales pour accroître l'efficacité de la budgétisation et du suivi des crédits régionaux » (MSSS, 2000a, p. 40). Au surplus, le MSSS ne cache pas sa volonté de déterminer lui-même la destination des sommes versées aux régies régionales pour absorber l'accroissement des coûts du système : « Comme l'exercice 1999-2000 marque le retour du financement de l'évolution du coût des programmes, le Ministère définit les paramètres requis par une ventilation rigoureuse de l'allocation budgétaire qui en résulte » (MSSS, 2000a, p. 40). Des ententes de gestion, d'une durée de trois ans, sont par ailleurs signées avec les régies régionales qui doivent atteindre certains objectifs en matière d'organisation des services, d'investissements prioritaires, de gestion des ressources humaines et de retour à l'équilibre budgétaire (MSSS, 2000a, p. 46). Des suivis de ces ententes sont assurés périodiquement, notamment par des circulaires adressés aux directeurs généraux des régies régionales, afin de préciser les attentes du Ministère à leur égard (MSSS, 2001a, p. 34). On procède également à la conception de nouveaux outils de gestion afin de mieux structurer et contrôler le processus budgétaire des établissements et des régies régionales. Le MSSS distribue alors, aux régies régionales, un guide d'analyse des déficits des établissements publics, tout en procédant lui-même à l'examen des analyses effectuées par les régies régionales (MSSS, 2001a, p. 35).

Finalement, l'ensemble de ces nouveaux dispositifs de contrôle et de suivi budgétaire, associés à une nouvelle gouvernance hiérarchique et autoritaire –, étaient couronnés en 2001 par la promulgation de la Loi 28 qui venait démanteler en bonne partie le système électoral et les instances démocratiques du système sociosanitaire qui avaient permis aux groupes locaux et régionaux, pendant près d'une dizaine d'années, d'exercer un certain pouvoir sur les décisions affectant la santé et le bien-être des populations sur leurs territoires. Les dispositions de cette loi venaient officialiser la centralisation des processus décisionnels et

l'instauration de principes associés aux réseaux intégrés de services sur la base d'une application sans contraintes démocratiques des principes de l'organisation en réseau au système sociosanitaire.

## 2. LA RESTRUCTURATION DU MSSS ET DU PSOC

La réforme de 1991 créait de nouvelles institutions régionales par lesquelles le Ministère entendait insuffler une nouvelle dynamique régionale au système sociosanitaire. Par contre, cette réforme laissait relativement intacte la configuration administrative du Ministère mise en place au cours des années 1980 et qui faisait coïncider les sept grandes directions générales du MSSS avec les divers types d'établissement constituant le réseau (par exemple la Direction de la prévention et des services communautaires englobait les CLSC alors que celle du Recouvrement de la santé gérait principalement les activités des centres hospitaliers de soins de courte durée). En 1995-1996, le ministre Rochon décide donc de procéder à une vaste restructuration de son ministère et de revoir la structure existante du système davantage adaptée au mode de fonctionnement d'un État centralisé. La nouvelle configuration du réseau laisse désormais apparaître cinq directions générales : planification et évaluation, santé publique, coordination régionale, relations professionnelles et administration et immobilisations.

On procède également à une décentralisation des budgets de fonctionnement qui entraîne l'allocation d'enveloppes budgétaires régionales versées aux régies régionales. Certes, cette décentralisation reste toute relative puisque plusieurs règles administratives nationales continuent de déterminer le financement des établissements dans chacune des régions. Néanmoins, comme nous l'avons exposé précédemment, cette initiative crée de nouvelles marges de manœuvre pour les régions; et même si ces nouveaux espaces d'autonomie s'ouvrent dans un contexte de compressions budgétaires, ils vont permettre aux organismes communautaires – et de manière plus large, aux organisations de services de première ligne – de profiter d'un rehaussement de leur financement dans plusieurs régions.

Il serait exagéré, toutefois, d'y voir un revirement complet par rapport aux tendances à l'hospitalocentrisme observées depuis un demi-siècle au Québec. Au terme du processus de réallocations budgétaires en 1998, le MSSS estimait que ses dépenses octroyées aux services de première ligne<sup>2</sup> atteignaient 3 117 100 000 \$, soit une augmentation de 7% comparativement au montant de 2 911 700 000 \$ versé en 1993-1994

---

2. Ces services comprennent les CLSC, les CHSLD, les organismes communautaires et les médecins omnipraticiens de pratique privée.

(MSSS, 1998, p. 19). Malgré une augmentation totale de 205 400 000 \$ en quatre ans, cette hausse demeure modeste si on la compare aux sommes consacrées aux services hospitaliers généraux et spécialisés.

En 1999-2000, la ministre Marois revoyait à son tour la structure générale du Ministère et créait deux nouvelles directions soit la Direction générale des services à la population et la Direction générale des affaires médicales et universitaires. Ainsi, outre la disparition de la Direction de la coordination régionale à cette occasion, la création de la Direction des services à la population semble constituer une manifestation de la dynamique de recentralisation à laquelle nous avons fait allusion précédemment puisque son mandat participe au resserrement de l'emprise ministérielle sur les orientations du système. Ainsi, cette nouvelle direction a pour mandat « d'assurer l'application, par les régies régionales et le réseau des services, des orientations ministérielles en matière de services à la population et de prévoir à cette fin les stratégies d'implantation les plus appropriées » (MSSS, 2000a, p. 61).

### 3. L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT OCTROYÉ À PARTIR DU PSOC

À certains égards, le suivi des sommes versées par l'entremise du PSOC au cours des années 1990 s'avère un exercice plus difficile que pour les deux décennies précédentes. Malgré le fait que les données financières nécessaires à nos analyses sont issues d'une période récente, la régionalisation du PSOC en 1994-1995 et le transfert de sa gestion aux régies régionales ont entraîné une certaine décentralisation des informations et une révision des catégories qui, historiquement, avaient permis de ventiler les sommes octroyées aux organismes. En outre, il faut tenir compte que cette régionalisation a signifié l'intégration au PSOC des sommes allouées auparavant par la Direction de la santé mentale aux organismes communautaires œuvrant dans ce domaine d'intervention. Ces sommes sont importantes et ne résultent pas de l'octroi de nouveaux crédits, mais plutôt d'un transfert de programmes. Il faudra donc en tenir compte dans l'analyse de nos données.

Nous présentons donc ces chiffres de manière à assurer une certaine continuité par rapport aux années précédant la régionalisation. À cet égard, le tableau 7 (p. 314) détaille les montants octroyés aux organismes communautaires de 1991-1992 à 2000-2001 en respectant les catégories caractérisant le programme au cours des années antérieures. Certaines remarques s'imposent toutefois avant de procéder à l'analyse des données financières qu'il contient. D'abord, les montants inscrits entre parenthèses dans la dernière colonne du tableau, à droite, pour les années 1996-1997 à 2000-2001, correspondent aux sommes totales des

subventions versées par le PSOC desquelles nous avons soustrait les montants octroyés aux organismes en santé mentale afin de maintenir une base de comparaison avec les années antérieures. Deuxième remarque : à partir de l'année financière 1995-1996, soit au moment de la régionalisation du PSOC, le MSSS ne tient plus de registre national comptabilisant le nombre exact d'organismes financés par secteur d'intervention<sup>3</sup>. Le nombre total d'organismes indiqué à l'extrémité droite du tableau représente donc une estimation faite par le Ministère sur la base de données fournies par les régies régionales<sup>4</sup>.

Troisième remarque concernant le tableau 7 : les montants indiqués pour l'année financière 2000-2001 n'incluent pas les crédits additionnels de 11 554 219 \$ (non récurrents) versés cette année-là aux organismes communautaires en vertu de la Loi 160 à la suite du conflit de travail avec les infirmières. Rappelons qu'en réaction à la grève illégale qu'elles avaient déclenchée à l'été 1999, le gouvernement québécois avait imposé aux infirmières d'importantes pénalités financières qui ont finalement été versées sous forme de subventions non récurrentes aux organismes communautaires en santé et services sociaux au cours de l'année financière 2000-2001. Enfin, dernière remarque, les montants inscrits entre parenthèses dans la colonne « santé mentale » sont ceux octroyés aux organismes communautaires par la Direction de la santé mentale de 1991-1992 à 1995-1996. Nous les avons insérés à titre indicatif pour illustrer la progression des sommes qui leur étaient versées par l'entremise de cette direction avant la régionalisation du PSOC. Par contre, ces montants n'ayant pas été consolidés au sein du PSOC avant l'année financière 1996-1997 (certaines sources statistiques du MSSS indiquent 1995-1996), nous ne les avons pas inclus dans le budget total du PSOC avant cette date.

Nos remarques étant complétées, nous pouvons maintenant présenter les résultats de nos analyses. Premier constat : les sommes versées aux organismes communautaires en vertu du PSOC ont littéralement explosé au cours des années 1990. Sur une période de dix ans, cette augmentation se chiffre globalement à plus de 197%, passant de 57 305 200 \$ en 1991-1992 à 232 275 900 \$ en 2000-2001 (voir le tableau 7). Rappelons qu'au moment de la publication de son Livre blanc en décembre 1990, le ministre Marc-Yvan

---

3. Ces précisions nous ont été fournies par un fonctionnaire œuvrant pour le Système d'information financière et opérationnelle (SIFO), rattaché au Service du développement de l'information du MSSS lors d'échanges téléphoniques ayant eu lieu en décembre 2004 et janvier 2005.

4. Ces estimations sont extraites des rapports annuels du MSSS de 1991 à 2001 (MSSS, 1991 à 2001).



Côté avait promis l'injection de sommes supplémentaires pour les organismes du tiers secteur, qui permettrait d'accroître de 8 millions par année pendant cinq ans le budget global qui leur était versé par le MSSS, soit une progression de 50 à 90 millions de dollars (MSSS, 1990b, p. 62). Les données du tableau 7 montrent que le ministre a tenu sa promesse puisque, de 1991-1992 à 1995-1996, les montants alloués en vertu du PSOC sont passés de plus 57 millions de dollars à plus de 92 millions de dollars (excluant les sommes versées en santé mentale).

Les organismes inclus dans la catégorie «services à la communauté», parmi lesquels on retrouve les groupes ayant reçu par le passé les subventions les moins élevées, sont ceux qui, proportionnellement, ont le plus profité de l'augmentation des crédits accordés par le MSSS au tiers secteur communautaire au cours des années 1990. De 1991 à 2001, leur financement est passé de 8 060 000 \$ à 43 548 100 \$, soit une augmentation de plus de 440%. Il faut toutefois considérer que cette catégorie est celle qui regroupe le plus grand nombre d'organismes. L'augmentation des sommes allouées ne signifie donc pas que ce sont ces organismes qui ont reçu les montants les plus élevés parmi l'ensemble des groupes financés par le PSOC. Néanmoins, cette hausse importante de leur financement traduit en partie les efforts déployés par certains acteurs locaux et régionaux lors de la régionalisation du PSOC en 1994-1995 – et surtout au moment de l'exercice de compressions-réallocations du MSSS qui s'est échelonnée de 1995 à 1998 selon les régions – pour favoriser les organismes les plus pauvres.

D'ailleurs, lorsqu'on examine de plus près l'accroissement des budgets alloués à ces organismes, on remarque que c'est au cours des années 1994-1995 et 1995-1996 que le budget total des organismes de la catégorie «services à la communauté» a connu ses hausses les plus significatives, soit respectivement de 88% et 48%. Au terme de la période étudiée, soit en 2001, les organismes de la catégorie «services à la communauté» sont ceux qui ont reçu la part la plus importante du budget global du PSOC après celle destinée aux organismes en santé mentale.

Il faut dire que le transfert des organismes en santé mentale au PSOC avait considérablement modifié la répartition des budgets entre les différents secteurs. En 1996-1997, l'année du transfert, c'est un virement de près de 23 800 000 \$ qui a été effectué vers le PSOC en provenance de la Direction de la santé mentale. Par contre, il ne nous a pas été possible de distinguer ce montant des sommes déjà versées par le PSOC à des organismes en santé mentale avant le transfert. Nous savons toutefois, grâce aux documents que nous ont remis certains fonctionnaires du PSOC et aux discussions avec des fonctionnaires œuvrant au Système d'information financière et opérationnelle (SIFO) du MSSS, qu'en 1989-1990 une somme de

TABLEAU 7  
Évolution du financement (en milliers de dollars) et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires par secteur d'activité de 1991-1992 à 2000-2001

Année	Organismes subventionnés													
	Services à la communauté		Services aux femmes		Services à la jeunesse		Services à domicile		Santé mentale		Autres		Total	
	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget total
1991-1992	707	8 060,0	205	20 597,8	302	19 303,7	515	9 343,7	—	(7 833,1)	—	—	1 729	57 305,2
1992-1993	825	11 866,6	213	25 029,4	310	21 321,2	529	12 338,7	—	(7 905,2)	—	—	1 877	70 555,9
1993-1994	828	12 096,5	220	27 513,7	315	23 487,4	539	12 969,3	—	(10 267,4)	—	—	1 902	76 066,9
1994-1995	889	13 551,6	230	29 632,9	330	24 685,6	536	12 971,7	—	(13 834,4)	n.d.	4 514,2	1 985	85 356,0
1995-1996	n.d.	13 515,2	n.d.	30 974,9	n.d.	25 867,5	n.d.	14 485,8	—	(35 187,2)	n.d.	7 475,2	2 100	92 298,6

TABLEAU 7 (suite)  
Évolution du financement (en milliers de dollars) et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires par secteur d'activité de 1991-1992 à 2000-2001

Année	Organismes subventionnés													
	Services à la communauté		Services aux femmes		Services à la jeunesse		Services à domicile		Santé mentale		Autres		Total	
	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget	N	Budget total
1996-1997	n.d.	25 510,0	n.d.	33 270,1	n.d.	28 657,3	n.d.	17 886,5	n.d.	38 290,7	n.d.	6 765,2	2 400	150 380,5 (112 089,8)
1997-1998	n.d.	37 852,9	n.d.	34 839,2	n.d.	31 345,0	n.d.	19 929,7	n.d.	50 27,6	n.d.	6 773,1	2 600	181 367,5 (130 739,9)
1998-1999	n.d.	38 499,7	n.d.	37 233,1	n.d.	34 487,9	n.d.	20 596,1	n.d.	55 579,1	n.d.	13 368,7	2 600	199 764,6 (144 185,5)
1999-2000	n.d.	39 901,1	n.d.	37 534,5	n.d.	35 393,7	n.d.	21 768,5	n.d.	57 512,0	n.d.	20 455,7	2 700	212 565,5 (155 053,5)
2000-2001	n.d.	43 548,1	n.d.	37 978,6	n.d.	39 325,8	n.d.	23 078,1	n.d.	61 871,0	n.d.	26 474,3	2 800	232 275,9 (170 404,9)

Sources : SSOC, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997 ; Services des activités communautaires, 2001 ; MSSS, 2001b

685 000 \$ avait été versée par le PSOC à des groupes en santé mentale. Ce montant atteignait 747 000 \$ en 1991-1992 et un peu plus de 1 million de dollars en 1992-1993. Or, ces montants n'étaient pas comptabilisés dans le budget global du PSOC mais toujours inscrits en retrait dans les registres comptables du programme (SSOC, 1992, 1993).

En outre, des sommes versées sous forme de « fonds affectés » par le MSSS (c'est-à-dire des crédits octroyés à l'extérieur des programmes établis) ont fait l'objet d'une consolidation au moment du transfert des groupes en santé mentale vers le PSOC. Le montant total de ces fonds reste toutefois inconnu (ou très difficile à déterminer selon les fonctionnaires interrogés) puisqu'ils étaient souvent inclus dans des montants plus globaux destinés à des établissements publics. Ces informations recourent celles que nous avons recueillies de représentants des milieux communautaires qui nous ont fait part de certaines « pratiques plus ou moins silencieuses » ayant été en vigueur au cours des années 1980 et qui permettaient à des groupes en santé mentale, par exemple, d'obtenir des sommes en provenance d'hôpitaux ou de CSS, en contrepartie de places d'hébergement accordées à une partie de la clientèle provenant de ces établissements publics (Entrevue n° 12, p. 23). Au moment de la régionalisation, malgré parfois l'abandon des conditions liées à ce financement spécifique, ces sommes ont été en grande partie rapatriées au sein du PSOC afin d'être protégées en tant que crédits accordés spécifiquement à des organismes communautaires.

L'ensemble de ces opérations de consolidation, ajoutés aux montants versés par l'entremise des PROS, ont fait en sorte que les organismes en santé mentale sont devenus, dès leur première année d'insertion au PSOC, les organismes recevant la portion la plus importante du budget de ce programme. C'est ainsi qu'au cours de l'année financière 2000-3001<sup>5</sup> les organismes en santé mentale accaparaient à eux seuls 27% du budget global du programme, suivis des organismes de services à la communauté avec 19% et des organismes de services à la jeunesse et de services aux femmes avec respectivement 17% et 16% du budget. La catégorie « autres organismes » et les organismes œuvrant en services à domicile fermaient la marche avec respectivement 11% et 10%.

---

5. Le découpage administratif du programme en secteur n'est plus en usage depuis le milieu des années 1990. Néanmoins, dans un souci de continuité avec les données recueillies pour les décennies précédentes et la première moitié des années 1990, nous avons conservé ce mode de répartition des organismes et des budgets.

Par contre, pour la même raison que celle avancée précédemment, soit la décentralisation des informations au plan régional, il n'a pas été possible d'obtenir le nombre d'organismes pour chacun des secteurs d'activité. On sait toutefois que le montant total des crédits accordés en 2001, soit plus de 232 millions de dollars, a été réparti entre un peu plus de 2 800 organismes (MSSS, 2001a). Nous avons pu cependant obtenir des informations fragmentaires sur le nombre de subventions accordées par le PSOC et sur les montants totaux accordés en vertu de chacune des catégories d'organismes, ce qui peut donner un bon aperçu du nombre d'organismes financés dans chacune de ces catégories, et surtout sur les montants moyens versés aux diverses catégories d'organismes<sup>6</sup>.

Les données inscrites au tableau 8 montrent à leur tour que la part la plus importante des budgets du PSOC est allouée aux organismes œuvrant en santé mentale. En revanche, ce sont les groupes inclus dans la catégorie « hébergement femmes » qui obtiennent les montants moyens les plus élevés, soit 247 735 \$, suivis de près par les groupes en hébergement jeunesse qui reçoivent en moyenne 214 890 \$ sur une base annuelle. Les organismes offrant des services d'hébergement sont donc ceux qui perçoivent les montants les plus élevés de subventions, toutes catégories confondues. Cette situation s'explique évidemment par le type de services offerts dans ces ressources (gîte, couvert et activités diverses) qui mobilisent un ensemble considérable de ressources humaines, matérielles et financières.

On constate également, à l'instar de la situation observée dans les années 1980, que ce sont encore les organismes en maintien à domicile qui sont les plus nombreux à être financés à partir du PSOC, soit 481 groupes. De plus, si on les considère comme catégorie d'organismes plutôt qu'en tant que secteur, les quelque 23 millions de dollars qu'ils ont reçus en 2000-2001 les placent alors au troisième rang après les groupes en santé mentale et les groupes d'hébergement femmes en ce qui concerne le montant total des crédits accordés en vertu du PSOC. Cependant, malgré un relèvement graduel de leur financement au cours des années 1990, ils figurent toujours parmi les organismes recevant les montants moyens les plus faibles de l'ensemble des groupes. Le recours de plusieurs organismes de maintien à domicile à un important contingent de bénévoles explique en partie cette moyenne de financement peu élevée.

---

6. Le nombre de subventions ne coïncide pas nécessairement avec le nombre d'organismes financés puisque la mission large de certains organismes leur permet de recevoir plus d'une subvention. À titre indicatif, c'est 3 030 subventions que le MSSS a octroyées en vertu du PSOC en 2000-01 à plus de 2 800 organismes.

**Tableau 8**  
**Nombre, montant total et montant moyen de subventions versées**  
**par le PSOC pour diverses catégories d'organismes communautaires**  
**en 2000-2001<sup>7</sup>**

Année financière 2000-2001				
		Subvention (en \$)	Nombre de subventions	Moyenne (en \$)
Services aux femmes	CALACS	2 935 628	27	108 727
	Centre de femmes	7 092 429	99	71 641
	Hébergement femmes	25 268 934	102	247 735
	Autres ressources femmes	748 539	15	49 903
	<b>Total services aux femmes</b>	<b>36 045 530</b>	<b>243</b>	<b>119 501</b>
Services à la jeunesse	Hébergement jeunesse	9 240 286	43	214 890
	Justice alternative	8 182 187	40	204 555
	Maisons de jeunes	16 013 843	300	53 379
	Autres ressources jeunesse	6 365 459	111	57 346
	<b>Total services aux jeunes</b>	<b>39 801 775</b>	<b>494</b>	<b>132 542</b>
Santé mentale		61 281 462	407	150 569
Maintien à domicile		23 078 084	481	47 979

Source : MSSS, 2002d.

En définitive, les données financières du tableau 8 tendent à démontrer que les groupes en santé mentale, malgré leur insertion tardive au PSOC (1996-1997), représentent l'une des catégories d'organismes les mieux soutenus par le programme, tant en termes de nombre d'organismes financés (2<sup>e</sup>), de crédits totaux accordés (1<sup>er</sup>) que de montants moyens versés aux organismes (4<sup>e</sup>). Les chiffres présentés aux tableaux 7 et 8 concourent tous à illustrer l'ascension foudroyante de ces organismes au cours des années 1990 sur le plan des appuis financiers. Précisons que l'augmentation de 154,3% des budgets, observée en 1995-1996, correspond, d'une part, à l'opération de consolidation des fonds affectés en provenance du

7. Précisons que, pour construire ce tableau, nous avons ciblé à l'intérieur de statistiques fournies par le MSSS (MSSS, 2002a), les catégories d'organismes nous apparaissant les plus significatives dans le contexte de nos travaux.

MSSS à laquelle nous avons fait référence précédemment et, d'autre part, au virement de plus de 23 millions de dollars effectué par la Direction de la santé mentale pour le PSOC après la régionalisation de ce programme en 1994-1995. La majeure partie de cette hausse importante ne correspond donc pas à l'injection de fonds neufs, mais se révèle plutôt le résultat de certaines opérations comptables et financières réalisées par le MSSS au milieu des années 1990. Ces opérations se sont tout de même traduites par l'intégration au PSOC de près de 400 groupes de santé mentale.

L'arrivée au PSOC d'un si grand nombre de nouveaux organismes introduit toutefois des zones d'ombre quant au maintien du principe de financement global habituellement rattaché aux subventions du programme. Comme nous l'expliquait une responsable régionale du PSOC en entrevue, au moment du transfert des groupes en santé mentale, la totalité des sommes allouées à ces organismes l'était en vertu des programmes régionaux d'organisation de services (PROS). Malgré l'aspect souvent peu contraignant de ces PROS, il n'en demeure pas moins qu'une partie importante de leur financement était liée à des ententes de services, alors que l'autre pouvait être considérée en tant que financement à la mission globale. Cette distinction n'a jamais fait l'objet d'une reconnaissance explicite au moment du transfert. Dès lors, une partie des sommes accordées en vertu du PSOC est désormais rattachée à la livraison de certains services. C'est le cas notamment pour les organismes recevant d'importantes subventions de plus d'un demi-million de dollars (et dans certains cas d'un million et plus) comme certains centres de crises et organismes communautaires d'hébergement (Entrevue n° 22, p. 27-30).

Le tableau 9 permet de suivre l'évolution des sommes consacrées au PSOC par rapport au budget global du MSSS au cours des années 1990. Il permet en outre de mesurer, sur une base annuelle, l'augmentation (et dans certains cas, la diminution) des budgets totaux versés au PSOC et au MSSS par le gouvernement québécois. Encore une fois, nous avons tenu compte de la situation particulière des organismes communautaires en santé mentale dans la présentation de nos données puisque leur financement n'est apparu que tardivement (1996-1997) dans les registres comptables du PSOC. Ce faisant, nous avons élaboré le tableau 9 de manière à distinguer l'évolution du financement du PSOC avec et sans l'apport des groupes en santé mentale.

Première constatation: le budget consacré au PSOC a connu les plus importantes augmentations de son histoire au cours des années 1990, le taux de croissance annuel moyen composé se situant à 16,8% de 1991 à 2001, alors que c'était l'inverse pour le budget global du MSSS, c'est-à-dire que les crédits accordés par le gouvernement québécois au

TABLEAU 9  
Montants (en milliers de dollars) et proportions du budget du MSSS consacré au Programme de soutien aux organismes communautaires de 1990-1991 à 2000-2001

Année	Soutien aux organismes communautaires		Santé mentale		MSSS		PSOC / MSSS en %	PSOC + santé mentale / MSSS en %
	Budget total en \$	Hausse annuelle en %	Budget total en \$	Hausse annuelle en %	Budget total en \$*	Hausse annuelle en %		
1991-1992	57 305,2	-	7 833,1	-	9 408 377,0	-	0,61 %	0,69 %
1992-1993	70 555,9	23,1 %	7 905,2	0,09 %	9 933 141,7	5,6 %	0,71 %	0,76 %
1993-1994	76 066,9	7,8 %	10 267,4	29,9 %	9 978 351,0	0,4 %	0,76 %	0,85 %
1994-1995	85 356,0	12,2 %	13 834,4	34,7 %	10 091 947,4	1,1 %	0,84 %	0,98 %
1995-1996	92 298,6	8,1 %	35 187,2	154,3 %	10 022 118,1	(6,9 %)	0,92 %	1,27 %
1996-1997	112 089,8	21,4 %	38 290,7	8,8 %	9 901 882,4	(1,1 %)	1,13 %	1,51 %
1997-1998	130 739,9	16,6 %	50 627,6	32,2 %	9 469 935,4	(4,4 %)	1,38 %	1,91 %
1998-1999	144 185,5	10,3 %	55 579,1	9,8 %	11 323 503,6	19,6 %	1,27 %	1,76 %
1999-2000	155 053,5	7,5 %	57 512,0	3,5 %	10 949 804,2	(3,3 %)	1,41 %	1,94 %
2000-2001	170 404,9	9,9 %	61 871,0	7,6 %	12 102 978,8	10,5 %	1,40 %	1,93 %

\* Jusqu'en 1996-1997, le MSSS tenait une comptabilité séparée pour les budgets octroyés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). À partir de l'année financière 1997-1998, le MSSS inclut les budgets de la RAMQ à son budget global. Afin de maintenir une base comparable pour nos calculs, nous avons soustrait les crédits accordés à la RAMQ au budget total du MSSS pour les années 1997-1998 à 2000-2001.

Sources: MSSS, 1991a, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997a, 1998, 1999, 2000a, 2001a, 2001b



MSSS comportaient les plus faibles augmentations annuelles en trente ans, soit un taux annuel moyen (composé) de 2,8% au cours de la même période. Le budget du MSSS va même reculer de quelques points de pourcentage lors de la période de compressions associée à la Politique du déficit zéro appliquée par le gouvernement de Lucien Bouchard de 1996 à 1998. Cette augmentation impressionnante des budgets du PSOC au cours de cette période doit toutefois être relativisée étant donné qu'une part de cette hausse est le résultat du transfert des organismes en santé mentale et de leur budget au PSOC en 1996. Ces groupes ont en effet profité d'une hausse de leur budget de près de deux fois supérieure à la moyenne des autres organismes communautaires, soit un taux de croissance annuel moyen composé de 25,8% par année de 1991 à 2001. Or, si l'on soustrait des budgets du PSOC les montants transférés de la Direction de la santé mentale, on en arrive à un taux moyen composé de 12,9% sur une base annuelle, un score tout de même fort honorable dans les circonstances.

Il est intéressant de signaler que c'est précisément au cours de la période de compressions-réallocations (1996-1998) que le financement des organismes communautaires a finalement atteint la proportion de 1% du budget global du MSSS, une revendication formulée de longue date par les organismes communautaires en santé et services sociaux. Certes, ce seuil a été atteint officiellement en 1996-1997, soit l'année du transfert des budgets de santé mentale. Mais déjà, en 1995-1996, soit la dernière année avant la régionalisation et l'inscription au programme des crédits alloués à la santé mentale, cette cible symbolique était pratiquement atteinte puisque le budget du PSOC représentait cette année-là 0,92% du budget total du MSSS. Si l'on tient compte cette fois des sommes versées aux groupes en santé mentale (mais pas des crédits octroyés à la RAMQ), c'est presque 2% du budget du MSSS qui est alloué aux organismes par le biais du PSOC en 2000-2001. Si l'on y ajoute les montants des programmes gérés par la RAMQ cette année-là (3 889 804 400 \$), la période étudiée se termine avec un pourcentage de 1,4% du budget global du MSSS octroyé au PSOC.

Par ailleurs, les données du tableau 9 démontrent que trois moments ont été particulièrement saillants pour les organismes communautaires en ce qui concerne la hausse annuelle de leur financement, soit l'année 1992-1993, qui correspond à la première année de mise en application de la réforme Côté (23,1% d'augmentation par rapport à l'année précédente); l'année 1994-1995, qui amorce le processus de régionalisation du PSOC avec une hausse annuelle de 12,2%; ainsi que les trois années de réallocations budgétaires de la réforme Rochon et du virage ambulatoire, qui coïncident avec une série d'augmentations importantes du budget du PSOC (21,4% en 1995-1996, 16,6% en 1996-1997 et 10,3% en 1997-1998).

En d'autres termes, les informations que nous ont livrées de nombreux informateurs sont corroborées par les données financières que nous avons analysées indiquant que la régionalisation du système sociosanitaire a bel et bien été bénéfique tant sur le plan financier que politique pour les composantes du tiers secteur sociosanitaire. Et si certaines de ces augmentations émanaient au départ d'une volonté ministérielle (celles de 1991 à 1995 notamment), celles de la seconde moitié des années 1990 sont le résultat concret des luttes et du travail réalisés par les acteurs sociaux du tiers secteur sur le plan régional afin d'imposer de nouvelles orientations budgétaires aux régions régionales. Ces nouvelles orientations n'ont pas permis un revirement radical de la situation précédente, qui favorisait largement les établissements publics « lourds » comme les centres hospitaliers, mais elles ont tout de même permis des réallocations budgétaires, variables selon les régions, en faveur d'organismes « légers » de première ligne tels les CLSC et les organismes communautaires.

Cependant, malgré les avancées certaines que cette opération de compressions-réallocations a valu aux institutions de première ligne en général et aux organismes communautaires en particulier, il faut garder à l'esprit que les sommes réinvesties furent insuffisantes de l'avis de plusieurs – et du ministre lui-même d'ailleurs – pour permettre un virage significatif en faveur des services ambulatoires et du maintien à domicile pour l'ensemble des populations dans le besoin<sup>8</sup>. Un tel virage aurait exigé l'investissement de ressources bien supérieures à celles investies, ressources qui ont plutôt servi à l'épongement du déficit budgétaire du gouvernement. L'augmentation des crédits de près de 20% octroyée au MSSS en 1998-1999 (voir le tableau 9) se veut une sorte de reconnaissance gouvernementale de la situation de sous-financement qui a affecté le réseau au cours des années précédentes. Une bonne part de ces budgets supplémentaires va toutefois être consacrée à la consolidation des déficits de certains établissements hospitaliers qui n'ont pas été en mesure de respecter les

---

8. Des études effectuées en 2000 ont montré que les budgets accordés aux services de soutien à domicile avaient effectivement augmenté à la suite de l'application des mesures du virage ambulatoire. Par contre, les ressources allouées ont été en grande partie dirigées vers les nouveaux services postopératoires, laissant ainsi à découvert les clientèles traditionnelles de services à domicile telles les personnes âgées et les personnes handicapées (Anctil, 2000). Les besoins des clientèles provenant des milieux hospitaliers ont donc été priorités au détriment de ceux des personnes atteintes d'incapacités chroniques. Pour un examen plus détaillé de l'évolution des services à domicile au Québec, voir Vaillancourt, Aubry et Jetté (2003).

cibles budgétaires fixées par le gouvernement (MSSS, 1999; 2000a). Ces ajouts budgétaires témoignent aussi du constat alarmant fait par le Ministère quant à l'état de ses troupes au sortir de cette guerre au déficit. Un système à bout de souffle? Assurément, si l'on en croit le Ministère, qui reconnaissait lui-même «l'importance des efforts faits par le réseau au cours des dernières années» et qui entendait, au sortir de la période de compressions budgétaires, «lui donner l'oxygène nécessaire pour lui permettre d'assurer la continuité des services à la population» (MSSS, 1998, p. 65).

Enfin, rappelons que les augmentations budgétaires accordées au PSOC à partir de 1998 (entre 7% et 10%) ont été plus modestes en général que celles des années précédentes et qu'elles n'ont pas fait l'objet de consultation régionale. Elles résultent d'une mise en tension des dispositifs de gouvernance hiérarchique qui tendent à favoriser le pouvoir des relations d'influence (monde domestique et monde de l'opinion) au détriment des interactions plus structurées et collectives découlant des dispositifs démocratiques et régionaux (monde civique). Signalons que cette transformation des modes de coordination au sein des rapports entre le tiers secteur et le MSSS a amené ce dernier à privilégier, depuis la fin des années 1990, certains éléments particuliers du tiers secteur et à cibler certains domaines d'intervention comme la santé mentale, l'aide aux femmes en difficulté et les maisons de jeunes. Ce faisant, la lecture des données financières relatives à la fin de la décennie 1990-2000 ne peut ignorer les nouveaux processus (et leurs conséquences) que ces chiffres dissimulent, soit l'amorce d'une recentralisation des rapports entre le secteur public et le tiers secteur en santé et services sociaux, et conséquemment, les risques accrus de disparités régionales et sectorielles dans l'octroi des ressources financières destinées aux diverses composantes du tiers secteur sociosanitaire.

#### 4. LA POLITIQUE DE RECONNAISSANCE ET DE SOUTIEN DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Nous n'entrerons pas ici dans la complexité des débats entourant la négociation, l'adoption et la mise en application de la Politique du SACA puisque cela dépasserait les limites de la période historique concernée par nos travaux (1971-2001). Nous laissons à d'autres le soin d'analyser en profondeur cet épisode important des rapports entre le secteur public et le tiers secteur communautaire<sup>9</sup>. Mentionnons tout de même que plusieurs

---

9. Voir à ce sujet Sotomayor et Lacombe (2006).

des informateurs que nous avons consultés ont abordé cette question lors des entrevues que nous avons réalisées, ce qui a permis d'entrevoir l'ampleur de la problématique et la complexité des enjeux soulevés par l'application de cette politique.

Les sommes accordées par le SACA de 1996 à 2001 ont pu varier de 24 000 \$ à 50 000 \$ par organisme selon le programme visé. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le signaler dans la première partie de ce chapitre, les montants sont distribués principalement à partir de trois programmes de soutien financier : le Programme de soutien à la défense collective des droits, le Programme de soutien aux cibles prioritaires et le Programme de soutien aux projets de développement de l'action communautaire autonome. Or, il est difficile de discerner la part des montants accordés aux organismes en santé et services sociaux du total des subventions versées par le SACA à l'ensemble des organismes communautaires au Québec. Certaines sommes allouées par le SACA sont directement versées aux organismes communautaires, sans intermédiaire régional ou local. D'autres fonds transitent par contre par les régies régionales puisqu'ils ont été transférés au sein du PSOC. C'est le cas par exemple de certains montants accordés aux maisons de jeunes et d'autres octroyés à des groupes de femmes sur la base d'un financement récurrent.

Même si certaines subventions représentent des sommes importantes – les montants versés pour la concertation des groupes de femmes atteignent 800 000 \$ par année (SACA, 2001a) –, l'impact le plus significatif du SACA se fait plutôt sentir par l'application de sa Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire instituée en 2001. Cette politique concerne ainsi l'ensemble des ministères du gouvernement québécois ayant des interfaces avec les organismes communautaires.

L'application de la Politique a conduit le SACA à demander aux divers ministères de tracer un portrait du financement qu'ils accordent aux organismes communautaires en fonction de trois types de financement : financement particulier, financement ponctuel et financement de base. Le tableau 10 fournit des précisions sur le contenu de chacun de ces types de financement.

Le MSSS, comme les autres ministères, a dû répondre à cette demande et procéder à l'analyse des crédits budgétaires accordés au tiers secteur. Pour ce faire, il s'est notamment adressé à une firme de consultants privés (Synopsis, Conseil en gestion inc.) qui a produit une synthèse des montants globaux accordés par les régies régionales ainsi que des différentes règles de financement s'appliquant aux organismes communautaires. Ces résultats ont été colligés dans un document auquel nous avons déjà fait référence à quelques reprises (Synopsis, 2002).

**TABLEAU 10**  
**Définition des trois principaux types de financement octroyés**  
**aux organismes communautaires**

Type de financement	Définition
Financement de base (ou mission globale)	Subvention accordée pour la mission de base des organismes permettant de se doter d'une organisation minimale nécessaire à l'atteinte de leurs objectifs : salaires du personnel, locaux, équipements, concertations, organisations des services, vie associative, etc. En règle générale, ce financement est récurrent (par exemple, le PSOC), mais il peut aussi être non récurrent (par exemple, sommes versées dans le cadre de l'application de la Politique du SACA).
Financement spécifique (ou entente de service)	Subvention accordée pour la livraison spécifique d'un service ou l'organisation d'une activité par les organismes. Une bonne part des montants versés aux organismes communautaire d'hébergement, par exemple, demeure ainsi liée au maintien de services d'hébergement pour les clientèles visées par leur intervention (femmes, jeunes, etc.). Plusieurs programmes mis sur pied par les directions de santé publique recourent à ce type de financement qui couvre exclusivement les salaires et les équipements nécessaires à l'organisation d'un service spécifique (par exemple, distribution de seringues aux personnes toxicomanes dans le cadre d'un programme de prévention VIH-sida et ITSS*). Ce financement peut être récurrent ou non récurrent mais, dans tous les cas, toujours conditionnel à la production et à la livraison d'un service particulier.
Financement ponctuel (par projet)	Subvention accordée afin de soutenir une action ponctuelle, c'est-à-dire une activité, un projet ou un service ciblé et délimité dans le temps (par exemple, l'organisation d'une journée de sensibilisation à l'abus des drogues dans l'école d'un quartier : kiosques, vidéo, témoignages, etc.). Par définition, ce financement est non récurrent même s'il peut se répéter dans le cas d'une activité organisée sur une base annuelle par exemple.

\* Infections transmises sexuellement ou par le sang.

Selon les auteurs de ce rapport, en 2000-2001, plus de 80 % des sommes allouées par le MSSS aux organismes communautaires transitaient par le PSOC. Ces résultats recourent ceux que nous avons obtenus par d'autres sources du MSSS qui indiquent, pour l'année 2001-2002, une proportion de 79,5 % de financement par le biais du PSOC, de 16,9 % par l'entremise d'ententes spécifiques et de 3,6 % provenant de projets ponctuels (MSSS, 2002d). Néanmoins, ces chiffres sont sujets à controverse puisque les différents acteurs concernés font une interprétation parfois différente des divers types de financement qu'ils recouvrent.

## 5. LE FINANCEMENT DE BASE OU LE FINANCEMENT SPÉCIFIQUE : DES ENJEUX IMPORTANTS

Avec la consolidation, au cours de la seconde moitié des années 1990, de divers types de financement au sein du PSOC, le financement à la mission globale qui caractérisait le PSOC depuis sa création tend à s'estomper quelque peu puisqu'une partie des sommes qui transitent par ce programme sont désormais associées à du financement spécifique. Un fonctionnaire du MSSS rattaché au Service des activités communautaires estimait ainsi, en 2002, à environ 70 % la proportion des budgets du PSOC consacrée effectivement au financement pour la mission de base des organismes, l'autre 30 % constituant du financement pour des mandats spécifiques (Entrevue n° 5, p. 16).

Cette situation découle directement du processus de régionalisation du PSOC qui a ouvert la porte à des ententes locales et particulières. Dans certaines régions, on a choisi de mettre certaines sommes dans l'enveloppe du PSOC même si celles-ci provenaient en fait d'ententes de services, et ce, dans le but de protéger ces montants afin qu'ils demeurent « sous l'étiquette communautaire ». En plaçant ces sommes issues d'ententes de services à l'intérieur de l'enveloppe du PSOC, on s'assurait que ces fonds ne servent pas ultérieurement à financer les activités d'un établissement public par exemple, œuvrant au sein d'un même programme d'activité (Entrevue n° 5, p. 16).

Ce genre de pratique a toutefois entraîné des tensions au sein des milieux communautaires, notamment entre les TROC et les regroupements nationaux qui ont reproché aux organismes régionaux « de dénaturer le SOC » dans certaines régions en acceptant que soient versées dans l'enveloppe du PSOC des sommes reliées à des ententes spécifiques (Entrevue n° 30, p. 21). À cet égard, les propos tenus par un responsable du PSOC dans une région régionale résument assez bien la transformation du programme au cours des années 1990 et les enjeux soulevés par cette évolution :

[Le PSOC], c'est une espèce de courtepoinTE qui a gagné en cohésion avec le temps, jusqu'à un certain point, mais qui en a perdu un peu aussi quand il a été régionalisé parce que, là, il a été modifié selon les besoins régionaux, mais aussi selon les visions régionales, avec bonheur le plus souvent, mais parfois avec moins de bonheur. Ce qui fait en sorte que, dans certaines régions, la majeure partie du financement récurrent versé aux organismes communautaires vient du SOC. Mais il y a certaines régions où la proportion du financement récurrent qui n'est pas du SOC est assez élevée. [...] Le programme a ses qualités et ses faiblesses et il a les défauts de ses qualités comme on dit. [...] C'est une force d'être assez souple [pour avoir permis une adaptation régionale] mais c'est une faiblesse en même temps dans la mesure où ce n'est pas très précis (Entrevue n° 35, p. 26).

Il faut comprendre que l'introduction de certains financements spécifiques à l'intérieur de l'enveloppe du PSOC relève, d'une part, d'une volonté gouvernementale de rationaliser les divers processus d'octrois de crédits aux organismes communautaires, notamment par l'application de la Politique du SACA, et, d'autre part, d'une approche stratégique adoptée par certains groupes des milieux communautaires afin de faire progresser l'institutionnalisation de leurs rapports avec le secteur public au plan sociosanitaire.

Sur ce dernier point, les informations que nous avons recueillies auprès de certains de nos informateurs révèlent que certains gestionnaires au sein des régies régionales acceptent mal l'idée de financer les organismes communautaires uniquement sur la base de leur mission globale. On préfère les ententes de financement qui favorisent la fourniture de services précis. Dans ce contexte, l'inclusion, dans certaines régions, de sommes allouées aux ententes spécifiques dans l'enveloppe même du PSOC semble avoir constitué un compromis permettant d'assurer une certaine stabilité au financement des organismes, tout en contournant les résistances de ces gestionnaires qui craignaient de financer des producteurs de services qui n'auraient aucune obligation de livrer les services qu'on attendait d'eux. En ce sens, les montants versés à titre de financement spécifique au sein du PSOC peuvent constituer, dans certains cas, une trace historique des rapports ayant eu cours sur un territoire entre la régie régionale et le tiers secteur à une époque donnée. À ce titre, l'évolution de la situation vécue par les groupes communautaires en Montérégie, que nous avons rapportée précédemment, constitue un cas de figure qui illustre bien le dilemme devant lequel peuvent se retrouver les milieux communautaires dans certaines régions.

Mais la question de la sécurité financière, même si elle s'avère primordiale pour les groupes, n'est pas la seule invoquée pour défendre l'intégrité du PSOC. Son rôle crucial en tant que dispositif favorisant la mise en place des conditions nécessaires à l'émergence d'innovations

sociales au sein des associations du tiers secteur constitue l'autre dimension indissociable de l'argumentaire politique porté par les milieux communautaires. À certains égards, le PSOC serait aux politiques de développement social ce que sont les sociétés à capital de risque pour les politiques de développement économique : des fournisseurs de ressources financières permettant de mettre en branle des projets dans de nouveaux domaines, souvent encore peu exploités ou inconnus, mais dans ce cas-ci liés à des problématiques sociales. Dès lors, l'action des groupes bénéficiant d'un tel financement leur permet de mettre en œuvre précocement des interventions à caractère préventif, ce que le réseau institutionnel se révèle souvent incapable d'accomplir compte tenu des mandats particuliers qui lui sont attribués et des lourdeurs qui caractérisent son fonctionnement au plan organisationnel.

C'est en substance le discours qui est ressorti d'une intéressante entrevue que nous avons eue avec un informateur clé à la fois travailleur, représentant et militant de longue date des milieux communautaires. À son avis :

[...] le PSOC est un levier économique pour le gouvernement afin d'être capable d'économiser le 1 pour 5 [en prévention]<sup>10</sup>, pour être plus « lousse » d'ici 5 à 7 ans pour pogner l'augmentation du curatif à cause du vieillissement et des médicaments. Le PSOC est là pour ça. [...] [Il permet] d'investir en prévention, en intervention de première ligne et aussi en réinsertion sociale [...] Le PSOC devrait être là aussi pour permettre à des organismes d'identifier un problème dans leur communauté et donc, d'être présent dans leur communauté. [...] Le PSOC est là pour permettre aux organismes d'avoir du monde qui ne sont pas remplis de grille horaire, dont le travail n'est pas toujours planifié et qui sont là pour être des vigiles, pour regarder et pour écouter le monde. [...] Donc, un levier économique mais aussi un levier social pour être capable d'identifier précocement c'est quoi les problèmes qui s'en viennent, être capable d'être un incubateur de pratiques. [...] Le PSOC est là pour permettre de se revirer sur « un dix cents », de ne pas attendre qu'un problème ait fait l'objet d'étude pour démontrer sa prévalence, sa sévérité, son impact. On va intervenir et si on s'est trompé,

---

10. Notre informateur appuie ses remarques selon lequel l'organisme Santé-Québec aurait rapporté que, selon certaines études, 1 \$ investi en prévention permettait d'économiser 5 \$ ou 7 \$ en curatif à plus long terme (Entrevue n° 11, p. 39). De fait, cette évaluation des retombées économiques de la prévention sont tirées d'une étude américaine (Perry Preschool Project) portant sur les effets des interventions précoces auprès d'enfants d'âge préscolaire vivant en milieux défavorisés (Paquet, 2005).



on arrêtera d'intervenir. Et si ça continue, à ce moment-là, le problème est mis à la connaissance des chercheurs et des décideurs à Québec. [...] (Entrevue n° 11, p. 39-44).

Au dire de notre informateur, le MSSS a donc tout avantage à investir dans un tel programme puisque qu'il joue le rôle d'un véritable « capital de risque » au plan du développement social. Le PSOC permettrait ainsi d'expérimenter de nouvelles pratiques et de se prémunir contre un recours massif aux ressources curatives. L'accroissement du financement spécifique dans l'enveloppe du PSOC risque toutefois de compromettre cette fonction particulière « d'incubateur de pratique » et « d'expérimentation » au sein des communautés :

Le PSOC, c'est de l'argent pour l'expérimentation : je réponds à un problème, je démontre que ce que j'ai développé fonctionne bien. Donne-moi les moyens de démontrer qu'il fonctionne bien et, une fois qu'il fonctionne bien, que ceux qui ont les moyens de le faire reprennent la pratique. Pendant ce temps-là, je vais aller faire d'autres choses sans perdre mon « cash ». Ça ne veut donc pas dire sécurité d'emploi et sécurité de financement, ça veut dire la flexibilité nécessaire pour être capable de répondre à l'évolution normale d'une société, d'une communauté. Le PSOC devrait être là pour ça. Mais pour le moment, il n'est là pour ça qu'en partie parce qu'il y a de l'argent dans le PSOC qui est rattaché à des programmes spécifiques et que si l'organisme ne fait plus ce programme spécifique, il n'a plus ce « cash-là » (Entrevue n° 11, p. 45).

Ces propos rendent compte d'une vision largement partagée dans les milieux communautaires quant au rôle que doivent continuer d'assumer les organismes communautaires au sein du système sociosanitaire<sup>11</sup>. L'insertion des pratiques communautaires dans une programmation étatique, principalement orientée tant dans sa forme que dans son contenu par des processus d'organisation et de contrôle technocratiques (division stricte de l'organisation du travail, intervention sur des bases sectorielles, prédominance des approches médicales et épidémiologiques, etc.) fait figure de dérive et même de déchéance par rapport au projet initial des organismes communautaires davantage axé sur l'enracinement des groupes dans les communautés, l'expérimentation de nouvelles pratiques et la polyvalence des tâches (monde de l'inspiration). C'est

---

11. Rappelons que notre interlocuteur a occupé des fonctions de représentation nationale auprès des milieux communautaires en santé et services sociaux au début des années 2000. Ces propos sont donc ceux d'un acteur ayant été porte-parole de ces milieux et, à ce titre, ils reflètent des positions défendues, dans une certaine mesure, par l'ensemble du tiers secteur sociosanitaire au Québec.

pourquoi les milieux communautaires cherchent tant à se prémunir contre une intégration trop poussée de leurs activités au système socio-sanitaire. C'est là un enjeu majeur pour les organismes dans un contexte de réformes visant précisément à intégrer les divers producteurs de services sur un même continuum.

## 6. LE PSOC PAR RAPPORT AUX AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Nous avons vu précédemment que le PSOC est devenu la principale source de financement des organismes communautaires en santé et services sociaux au cours des années 1980, dépassant graduellement le total des fonds provenant de sources privées telles que Centraide, ainsi que les crédits accordés par le gouvernement fédéral qui avaient constitué une source importante de revenus pour les groupes au cours des années 1970. Cette position dominante du programme par rapport aux autres sources de financement va se consolider dans les années 1990, compte tenu des sommes importantes qui y sont injectées par le MSSS au cours de cette période.

L'opération de consolidation de certaines sommes versées par l'entremise de différents programmes au sein du PSOC à la fin de la décennie a eu pour effet de diminuer la part des ressources financières en provenance d'autres programmes au MSSS. Nous pensons notamment à l'intégration à l'intérieur de l'enveloppe du PSOC des montants alloués par la Direction de la santé mentale, ainsi qu'aux nombreux exercices régionaux de consolidation de fonds spécifiques qui ont été effectués sur plusieurs territoires à la suite de la régionalisation du programme en 1994-1995 et dans les années subséquentes. Des sommes liées à l'OPHQ ont également fait l'objet du transfert vers le PSOC. Néanmoins, des sommes provenant de divers programmes gérés par les régies régionales, les directions de santé publique ainsi que des fonds affectés directement par le MSSS ont continué de parvenir aux organismes communautaires au cours des années 1990. En 2000-2001, ces fonds extérieurs au PSOC auraient constitué environ 20% du financement total octroyé par le Ministère et les régies régionales au tiers secteur sociosanitaire, ce qui aurait représenté près de 45 millions de dollars à l'échelle nationale<sup>12</sup> (Synopsis, 2002, p. 3).

12. Ces sommes n'incluent pas les crédits additionnels débloqués par le gouvernement à la suite des engagements pris par les partenaires lors du Sommet de 1996.

Il faut également souligner que plusieurs organismes communautaires en santé et services sociaux ont continué à avoir recours à certains programmes d'employabilité offerts par le gouvernement fédéral au cours de la première moitié des années 1990, notamment les fameux programmes de développement de l'emploi (PDE). Nous savons toutefois que plusieurs de ces programmes ont été abolis par la suite. De plus, nous n'avons pu obtenir d'informations précises quant au montant total versé par l'entremise de ces programmes pour la période où ils sont demeurés en vigueur. Mais la consultation de certaines études régionales et sectorielles (Comeau *et al.*, 2002; Tremblay, Tremblay et Tremblay, 2002; Mathieu *et al.*, 2001; Saucier et Thivierge, 2000) nous apprend que, mis à part certains organismes ayant développé des volets d'insertion, ce type de financement a eu une incidence globalement moins importante sur la survie et l'essor des groupes pendant les années 1990 qu'au cours des années 1970 et 1980.

Quant aux sources de financement philanthropique, des études régionales effectuées au cours des années 1990 ont montré en effet que Centraide constitue la principale source de financement philanthropique pour les organismes communautaires en santé et services sociaux à Montréal (Mathieu *et al.*, 2001). De 1991 à 2001, les subventions totales versées par Centraide Montréal ont ainsi augmenté de près de 55 %, passant de 17 500 000 \$ à plus de 27 millions de dollars. Rappelons qu'au cours de la même période, le financement alloué en vertu du PSOC augmentait de plus de 197 %. Même s'il n'est pas possible de tirer de véritables conclusions de ces chiffres, puisque les bases comparatives ne sont pas les mêmes (les régions de Montréal, Laval, Montérégie et une partie de Lanaudière pour Centraide et l'ensemble du Québec pour le PSOC), ceux-ci laissent tout de même voir des pourcentages d'augmentation plus importants pour le financement public que pour Centraide.

À l'instar de la situation que nous avons observée lors de la récession du début des années 1980 (voir le chapitre précédent), le contexte récessionniste du début des années 1990 provoque un certain plafonnement des dons reçus par Centraide et, conséquemment, une stagnation des sommes versées aux organismes communautaires. Au même moment, la mise en chantier de la régionalisation dans le système public de santé et de services sociaux s'accompagnait au contraire d'une augmentation importante des budgets attribués aux groupes communautaires en vertu du PSOC. Moins exposé aux soubresauts de la conjoncture socioéconomique, le financement public semble ainsi présenter un avantage non négligeable pour les organismes qui sont susceptibles de faire face à un accroissement de la demande de services durant ces périodes.

Finalement, si l'un des principaux enjeux au cours des années 1980 était précisément de faire reconnaître le besoin de personnel rémunéré afin de soutenir les militants et les bénévoles s'activant au sein des organisations du tiers secteur, on pourrait bien assister à un renversement des termes de la problématique à partir des années 1990 alors que tend à s'effacer progressivement (ou du moins à se marginaliser) l'implication du personnel bénévole et des militants au profit du personnel salarié et des permanents. C'est probablement là une conséquence inévitable de l'institutionnalisation progressive des groupes et de leur plus grande intégration au sein d'un système qui se doit de maintenir en tension l'ensemble des éléments constitutifs de son fonctionnement. Si la spontanéité et le libre choix associés aux ressources bénévoles se présentent comme un gage d'authenticité et d'engagement autonome favorisant la création du lien social, il constitue aussi un mode de production générateur d'incertitudes et de risques contre lesquels les gestionnaires cherchent à se prémunir afin d'assurer le bon fonctionnement des organismes et du réseau auquel ils appartiennent.

Divers facteurs peuvent expliquer cette évolution. Outre les facteurs liés à la quête de reconnaissance plus formelle des milieux communautaires qui a favorisé, de manière générale, un autoencadrement plus strict des pratiques et une systématisation des approches d'intervention, plusieurs informateurs ont attiré notre attention sur un nouveau phénomène propre aux années 1990 : la professionnalisation croissante des travailleurs des milieux communautaires et la mise en retrait concomitante des ressources œuvrant sur une base réciprocaire. Ce constat de professionnalisation accrue est fait tant par des informateurs provenant du Ministère et des régies que d'autres issus des milieux communautaires (Entrevues n° 1, n° 11, n° 12, n° 13, n° 17, n° 21 et n° 22).

Cette transformation au sein des organisations a eu également des conséquences au plan politique puisqu'elle a amené un recentrage de l'action des groupes sur la production des services, ainsi qu'un certain abandon des activités à caractère plus politique (Entrevues n° 11 et n° 21). Selon certains de nos informateurs, cette professionnalisation aurait introduit un changement dans les modes d'action structurant leurs pratiques, ces dernières s'appuyant désormais davantage sur des méthodes d'intervention reconnues (monde industriel) plutôt qu'uniquement sur la base d'une expérience de vie ou de la bonne volonté des intervenants (monde de l'inspiration)<sup>13</sup>.

---

13. Pour une analyse plus approfondie de la question du professionnalisme et du militantisme dans les organismes communautaires, voir Jetté (2007).

## CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LES ANNÉES 1990

Les années 1990 ont été ponctuées de nombreuses réformes. Ces transformations sont le signe manifeste d'une insatisfaction à l'égard des performances du réseau et d'une certaine incapacité des institutions sociosanitaires à prendre en charge de manière satisfaisante la production des services de santé et des services sociaux sur le territoire québécois. On assiste alors à une remise en question du compromis providentialiste à la fois par des éléments favorables à l'extension du projet marchand et par les promoteurs du tiers secteur qui réclament une plus grande reconnaissance de leur apport au système de santé et de services sociaux. Cette remise en question exclut toutefois les syndicats du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres groupes issus de la critique sociale qui considèrent l'État-providence comme le seul producteur en mesure d'assurer une prestation de services universels, justes et équitables pour l'ensemble de la population.

Les nouveaux compromis en gestation reposent toutefois sur des appuis suffisamment solides et un consensus assez large au sein de la société québécoise pour finalement voir le jour au début des années 1990. On assiste alors à la mise en place de nouvelles formes institutionnelles et organisationnelles par lesquelles le gouvernement cherche à rationaliser son action et à freiner une consommation de services dont l'évolution n'a pas eu l'incidence souhaitée en termes de santé et de bien-être des populations. En d'autres mots, l'équation voulant qu'une utilisation plus intense des services corresponde à une amélioration équivalente des conditions de santé et de bien-être de la population ne s'est pas révélée fondée. La persistance d'importantes inégalités sociosanitaires en fonction des caractéristiques socioéconomiques des populations et l'augmentation continue de la demande de services spécialisés ont amené les différents gouvernements à chercher de nouvelles avenues pour freiner la spirale inflationniste des coûts dans un contexte de crise des finances publiques.

Cette quête de nouveaux arrangements, amorcée au cours de la seconde moitié des années 1980, a trouvé son premier aboutissement au début des années 1990 avec l'adoption du projet de loi 120 et la réforme Côté. Cette réforme représentait un élément important de la transformation des institutions sociosanitaires à partir des recommandations formulées par la commission Rochon en 1988. Par les nouvelles mesures qu'elle introduisait, cette réforme amorçait résolument un virage vers la régionalisation et la décentralisation du système. C'est donc dans ce contexte profondément transformé que vont s'inscrire les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires au cours des années 1990.

À l'instar des politiques s'adressant aux diverses institutions sociosanitaires, ces rapports vont prendre le tournant de la régionalisation. En 1994, le PSOC était ainsi décentralisé et sa gestion renvoyée aux 17 régions régionales disséminées sur le territoire québécois. Cette audacieuse opération de délestage administratif allait constituer un tournant dans l'évolution de ce programme ainsi que dans les rapports qu'entretiennent les organismes du tiers secteur avec le Ministère.

L'application de la réforme Côté à partir de 1992 étendait en quelque sorte à l'ensemble des milieux communautaires les arrangements à la pièce conclus avec certaines composantes de ce tiers secteur au cours des années 1980, notamment avec les groupes de femmes et les groupes en santé mentale. Cette réforme institutionnalisait donc les nouveaux rapports qui s'étaient développés dans certains domaines d'intervention où les organismes avaient réussi à faire reconnaître leur expertise et leur pertinence par rapport aux pratiques des secteurs public et marchand. Certains articles de la Loi de 1991, notamment les articles 334 et 335 par lesquels le législateur inscrivait dans le texte même de la Loi à la fois la participation et l'autonomie des organismes communautaires au sein du système socio-sanitaire québécois, vont avoir à cet égard une portée légale et symbolique décisive pour les organismes communautaires.

Cette réforme s'accompagnait également d'ingrédients tirés de la recette marchande (ticket orienteur, désassurance de certains services, impôt-service, etc.). Bon nombre de ces mesures annoncées vont toutefois demeurer inappliquées compte tenu de leur impopularité et des résistances manifestées par plusieurs acteurs sociaux (syndicats, organismes communautaires, etc.). On peut dire néanmoins que, de manière générale, la réforme jouait habilement sur les zones de recoupement existant entre les principes de la critique artiste (autonomie, responsabilisation, décentralisation, etc.) et ceux de l'individualisme sous-jacent au modèle néolibéral. Certains acteurs sociaux de la critique sociale vont d'ailleurs n'y voir qu'une réforme néolibérale et dénoncer la naïveté et le manque de vision de ceux qui croient y déceler un potentiel de renouvellement des pratiques sociales. Cette ambivalence ou cette double allégeance de la réforme quant à ses objectifs fondamentaux – allégeance à un projet démocratique et émancipateur pour les collectivités locales ainsi qu'à un projet de réductions budgétaires – a suscité le questionnement de certains regroupements d'organismes communautaires quant à la volonté réelle du MSSS de mettre en place les conditions nécessaires à une véritable régionalisation du système.

Inquiets au départ, les milieux communautaires vont rapidement prendre conscience de l'inéluctabilité des transformations en cours et finalement s'engager sur la voie d'une démocratisation de la régionalisation.

Dès lors, cette régionalisation allait être le théâtre d'une restructuration des instances représentatives des diverses composantes du tiers secteur qui devront s'adapter à la nouvelle configuration du Ministère, ainsi qu'à la nouvelle dynamique qu'elle suscite chez les divers acteurs du réseau. Afin d'être en mesure de négocier avec les nouvelles instances régionales nées de la réforme, les milieux communautaires mettent sur pied leurs propres organismes régionaux : les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC). L'arrivée de ce nouvel acteur bouscule les rapports qu'entretenaient traditionnellement les regroupements nationaux d'organismes communautaires avec le MSSS. Ceux-ci se voient contraints de modifier certaines de leurs stratégies, plus adaptées aux dispositifs centralisés prévalant avant la réforme, afin de tenir compte des nouvelles institutions régionales. Ces regroupements devront également apprendre à partager avec les TROC leur rôle d'interlocuteur privilégié auprès du MSSS, un apprentissage qui ne se fera pas sans heurts et qui suscitera des tensions entre les deux instances de représentation.

Le conflit entre les regroupements nationaux et les TROC n'est d'ailleurs pas sans lien avec certaines inégalités économiques au sein même des milieux communautaires qui mettent à rude épreuve les solidarités intracommunautaires, notamment lors des réallocations budgétaires de 1996-1998. Ces réallocations accompagnent un processus de compressions budgétaires amorcé par le ministre Jean Rochon, qui succédait à Marc-Yvan Côté et à Lucienne Robillard à la tête du MSSS en 1994. Cette opération de compressions/réallocations accompagnait la seconde grande réforme des années 1990, la réforme Rochon, mieux connue sous le nom de « virage ambulatoire ». Les nouvelles mesures découlant de cette réforme visaient d'une certaine manière à compléter le virage amorcé par la réforme Côté en termes de rééquilibrage des ressources entre les services de première ligne et ceux de deuxième et troisième ligne. Concrètement, cela a signifié la fermeture d'un certain nombre d'hôpitaux et de CHSLD et la canalisation d'une partie des montants ainsi épargnés vers les institutions de première ligne, notamment vers les CLSC et les organismes communautaires. Mais l'ampleur du virage exigé du réseau par le ministre Rochon aurait exigé un investissement supplémentaire de ressources qu'il n'a pas été en mesure de faire compte tenu des importantes restrictions budgétaires que le Conseil du Trésor imposait au même moment à l'ensemble de l'appareil gouvernemental.

Résultat : le virage ambulatoire a été perçu négativement par l'opinion publique, ainsi que par bon nombre de groupes de pression et producteurs de services. Pourtant, les informations que nous avons recueillies montrent qu'en ce qui concerne les organismes communautaires du moins le bilan de cette réforme est plutôt positif, ayant permis

l'injection de financement supplémentaire. En outre, dans plusieurs régions, ces réallocations ont été orientées en fonction des besoins locaux et régionaux à partir de décisions issues des débats démocratiques tenus dans le cadre des instances régionales instituées par la Loi de 1991. Néanmoins, les coupures budgétaires qui ont affecté le réseau au cours de cette période ont alimenté un climat de déliquescence générale des institutions sociosanitaires qui va dégénérer en crise ouverte à l'hiver 1999. Pauline Marois, nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, va alors se voir confier la responsabilité de mettre un terme aux crises périodiques qui frappent le système (surtout les centres hospitaliers) depuis le milieu des années 1990. Pour ce faire, elle va profiter d'une nouvelle conjoncture budgétaire qui lui permet, après les trois années de restrictions vécues sous le règne de Jean Rochon, de réinvestir massivement dans le système, et plus particulièrement dans les centres hospitaliers dont certains ont accumulé des déficits importants au cours de cette période malgré les dispositions de la Loi sur le déficit zéro qui interdisait l'inscription de bilan négatif aux livres comptables des établissements.

Ce réinvestissement s'est accompagné d'un resserrement des contrôles budgétaires, tant au plan des établissements que des régies régionales. Ces dernières ont vu leur marge de manœuvre diminuer au profit d'une recentralisation des processus décisionnels aux mains des instances ministérielles. Ce renversement de la dynamique de décentralisation qui orientait l'évolution du système depuis 1991 allait avoir des conséquences importantes sur les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires. Les entrevues que nous avons réalisées révèlent en effet que le Ministère avait entrepris dès 1999 de reprendre ses contacts avec les milieux communautaires sur la base de relations directes et privilégiées, mettant fin du même coup à l'exercice démocratique auquel avait donné lieu la régionalisation. Cette nouvelle dynamique coïncidait également avec la fin des réallocations budgétaires régionales dont avaient profité les milieux communautaires et avec la remise en route de programmes de financement ciblés en provenance du Ministère.

On passe ainsi rapidement d'une dynamique de décentralisation (quoique partielle) à une autre plus près de ce que les experts en administration désignent comme une déconcentration, typique des pratiques issues de la nouvelle gestion publique (NGP). Les instances régionales continuent d'exercer certaines responsabilités mais sous l'étroite surveillance du MSSS, qui tend à se réapproprié plusieurs des prérogatives accordées aux régies régionales en vertu de la régionalisation en 1991. Cette nouvelle orientation va trouver un appui dans les recommandations formulées par la commission Clair en 2000. Prétextant les difficultés connues dans certaines régions au plan budgétaire ainsi qu'au plan de la répartition des effectifs médicaux, le ministre Trudel (qui succède à Pauline Marois) soumet un



projet de loi qui a pour effet de soustraire les administrateurs des régies régionales aux processus électifs. Ce projet de loi, adopté au printemps 2001 (Loi 24), remet entièrement entre les mains du MSSS le choix des personnes habilitées à siéger à ces instances. Cette loi a également pour effet d'accélérer le processus de fusion de certains établissements amorcée avec la réforme Rochon et d'instaurer de nouvelles formes de coordination des services sur la base de réseaux intégrés. Ces nouveaux arrangements institutionnalisent donc à leur tour le processus de recentralisation amorcé sous Pauline Marois. Ils sont tributaires, pour une bonne part, des dispositifs issus du monde connexionniste qui visent à assurer une coordination optimale des divers producteurs de services pour le bon fonctionnement du réseau. Du même coup, ils marginalisent l'intervention des acteurs locaux qui sont considérés comme des éléments perturbateurs (parce qu'incompétents) gênant la fluidité du système.

L'impact de ces nouveaux modes de coordination sur les rapports avec les organismes communautaires sera immédiat. Dès 1999, en effet, avant même l'adoption de la Loi 24, les organismes sont invités à rétablir leurs contacts directement avec le Ministère puisque les décisions concernant leur financement vont désormais se prendre à Québec. À partir de cette date, les nouveaux financements rendus disponibles aux organismes du tiers secteur sont issus pour la plupart de décisions ministérielles et sont dirigés vers des groupes bien ciblés (par exemple, le financement supplémentaire versé aux maisons de jeunes après la tenue du Sommet sur la jeunesse ou celui accordé aux maisons d'hébergement pour femmes après la Marche mondiale des femmes). Avec cette redistribution des pouvoirs au profit de l'instance centrale, les régies régionales deviennent de moins en moins le lieu des délibérations où se font les arbitrages quant à la répartition des ressources. Ce rôle revient désormais à l'équipe ministérielle et au MSSS. Dans ce contexte, les régies régionales doivent se résoudre à assumer simplement le rôle d'agent de redistribution des ressources auprès des organismes et des établissements de leurs territoires.

Ainsi, à part les dernières années de la période étudiée dans ce chapitre – période qui a connu un ralentissement de la progression des sommes accordées en vertu du PSOC et surtout une répartition des ressources financières axée davantage sur des priorités nationales plutôt que régionales –, on peut affirmer que la décennie 1990 a constitué une période relativement faste pour les organismes communautaires du point de vue de leur financement. Profitant, d'une part, de sommes supplémentaires issues de l'application de la réforme Côté et, d'autre part, de nouvelles injections de fonds induites par l'opération de compressions/réallocations consécutives au virage ambulatoire, les organismes communautaires ont été parmi les principaux bénéficiaires des transformations

qu'a subies le système de 1991 à 1998. Ces gains n'ont toutefois pas été que financiers; ils ont aussi été politiques comme l'ont démontré les événements entourant les deux Sommets socioéconomiques de 1996. À cette occasion, pour la première fois, certains représentants des milieux communautaires ont participé de plein droit, aux côtés des acteurs syndicaux, patronaux et gouvernementaux, aux négociations entourant le développement social et économique du Québec.

Enfin, les années 1990 ont été le théâtre d'une professionnalisation accrue des pratiques dans les organismes communautaires. Ce phénomène n'a pas été sans incidence sur l'équilibre des divers principes sur lesquels reposait l'action du tiers secteur depuis les années 1970. La mise en œuvre croissante de méthodes d'intervention inspirées des pratiques professionnelles (monde industriel) semble s'être réalisée principalement aux dépens des pratiques réciprocitaires (monde du don), mettant ainsi en retrait les retombées sociales et politiques associées à une plus grande proximité entre intervenants et usagers à l'intérieur des groupes. Mais nous entrons là dans une réflexion plus générale qui prend appui sur les résultats de l'ensemble de nos travaux, signe que nous devons maintenant passer à la dernière étape de ce livre, soit l'analyse transversale des trois décennies couvertes par notre étude.

## CHAPITRE II

# UN MODÈLE À LA RECHERCHE DE COHÉRENCE

Après un long parcours nous ayant permis de retracer trente ans d'histoire et d'évolution dans les rapports entre le MSSS et les organismes du tiers secteur dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, nous voilà maintenant arrivé au moment où il nous faut tenter une synthèse transversale de nos analyses. Nous découperons cette synthèse en sept blocs thématiques qui nous paraissent révélateurs des constats que nous avons pu établir, en ce qui concerne les transformations des rapports entre les organismes communautaires et l'État québécois dans le domaine sociosanitaire. Ce faisant, nous mettrons en perspective les caractéristiques particulières de ces structures partenariales qui constituent, à nos yeux, un élément fondamental du modèle québécois de développement social.

## PREMIER CONSTAT

### **L'apparition de nouveaux acteurs sociaux et de nouveaux enjeux comme manifestation du processus de transformation de l'État-providence**

L'un des résultats attendus d'une recherche comme celle que nous avons menée, c'est de soumettre à l'épreuve des dynamiques politiques, historiques et sociologiques la vision qu'ont les acteurs sociaux des événements et de la réalité structurant l'objet d'étude (une vision construite socialement). Il s'agit donc de dépasser l'interprétation déjà donnée de ces dynamiques (par le discours des acteurs concernés et par l'histoire officielle) pour les recadrer à partir d'une approche théorique particulière permettant de valider des hypothèses ou de faire surgir une réalité jusque-là insoupçonnée. Comme le rappelle Giddens, si le chercheur «réduit le niveau de connaissance qu'ont les agents de ce qu'ils font à ce qu'ils peuvent en dire [...], il occulte une part considérable de la compétence de ces agents» (Giddens, 1987, p. 41). Or, l'analyse que nous nous proposons de réaliser dans cette conclusion vise à restituer cette compétence à l'acteur communautaire.

À la lumière des résultats de nos travaux, l'action hégémonique de l'État sur les arrangements institutionnels à la base de l'organisation des services sociaux et de santé relèverait davantage d'un mythe, entretenu par le discours de certains acteurs, que d'une réalité empirique des pratiques observées sur le terrain. En d'autres termes, les résultats de nos travaux remettent en question la vision monolithique de l'État léguée par la pensée structuro-marxiste à certaines composantes des milieux communautaires et, plus généralement, à bon nombre d'acteurs sociaux issus de la critique sociale.

L'analyse du matériel recueilli a en effet révélé la présence d'une multitude d'acteurs sociaux, impliqués de manière plus ou moins intense, selon les époques et les circonstances, dans la formation de la trame historique des événements ayant mené à la structuration des rapports entre le MSSS et les organismes communautaires. Dans un premier temps, il n'est donc pas inutile de rappeler cette multiplicité d'acteurs, et leur rôle respectif, ne serait-ce que pour rendre compte globalement de la densité des rapports qui existent au sein du système sociosanitaire.

1. Nous avons vu que le MSSS est composé à son sommet de directions générales qui supervisent elles-mêmes un certain nombre de programmes. Ces directions générales mettent en scène une première ligne d'acteurs constituées à la fois d'agents politiques (premier ministre, ministre, conseillers spéciaux, analystes) et d'agents administratifs

de haut niveau ou de hiérarchie intermédiaire (sous-ministres, hauts fonctionnaires, cadres supérieurs, professionnels) qui ont la tâche de définir et d'appliquer les grandes politiques et de donner une direction générale au système. Dès le départ, nous avons vu que les acteurs politiques et les acteurs administratifs n'adoptaient pas toujours des positions similaires concernant l'orientation du système. À la fin des années 1970, des tensions sont d'ailleurs apparues entre ces deux catégories d'acteurs au sujet de la pertinence de poursuivre le projet d'État-providence au Québec. La classe politique souhaitait ralentir le rythme des réformes afin de diminuer les pressions financières qui se faisaient déjà sentir sur le Ministère, alors que plusieurs, parmi la classe des fonctionnaires, considéraient l'État-providence encore inachevé dans le domaine sociosanitaire et souhaitaient pousser plus loin le projet providentialiste.

Certes, l'acteur politique est toujours prépondérant sur l'acteur administratif dans notre société puisqu'il incarne la volonté démocratique exprimée par l'ensemble des citoyens. Néanmoins, une résistance de l'acteur administratif aux transformations souhaitées par le politique peut avoir des conséquences importantes sur l'issue, ou, à tout le moins, sur le rythme de certaines transformations amorcées par la classe politique sur les institutions publiques. À l'inverse, la collaboration des agents administratifs et du personnel professionnel facilite grandement les processus de transformation du système.

2. Une deuxième strate organisationnelle regroupe les acteurs œuvrant dans les différents établissements (CH, CHSLD, CR, CJ, CLSC, etc.). D'un point de vue systémique, ces établissements devraient théoriquement avoir des missions organisationnelles complémentaires. Par contre, l'histoire a démontré, depuis les années 1970, que les rapports entre les établissements pouvaient parfois s'avérer conflictuels et contre-productifs dans le cadre d'une organisation des services fragmentée. Ces différents établissements se sont d'ailleurs regroupés historiquement au sein d'organisations sectorielles afin d'être en mesure de défendre leur mission et leur financement auprès du Ministère. La volonté du MSSS d'améliorer la cohésion du système ne découle donc pas uniquement d'une volonté d'imposer une approche libérale productiviste en dehors de toute référence à des dysfonctionnements réels. La question de l'intégration des différents producteurs de services et leur fonctionnement en réseau relève d'une problématique identifiée depuis les années 1980 par les différents gouvernements libéraux et péquistes à la suite de la tenue de certaines commissions d'enquête (la commission Rochon et la commission Clair, notamment). En outre, la multiplication des producteurs de services au fil

des ans (organismes communautaires, agences privées, travailleurs autonomes) n'est venue que renforcer ce besoin d'une coordination de l'ensemble des composantes du système.

3. À l'intérieur même des établissements publics, on retrouve une nouvelle strate de gestionnaires ainsi que diverses catégories de personnel et d'intervenants : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, professionnels, personnel auxiliaire, etc. Ces différentes catégories de personnels sont à leur tour représentées par des organisations professionnelles et syndicales. Ces intervenants défendent alors des intérêts et des objectifs qui leur sont propres (par exemple, leur champ de pratique ou les conditions de travail de leurs membres) qui peuvent s'opposer ou se retrouver en porte-à-faux relativement à certaines priorités et orientations du Ministère (pensons ici aux politiques de restrictions budgétaires du Ministère ou à la guerre que se sont livrés les cliniques médicales privées et les CLSC au début des années 1970). Nous pourrions décliner de manière encore plus fine ce vaste champ d'intérêts divergents au sein du secteur public. Par exemple, les positions parfois différenciées prises par les grandes centrales syndicales, leurs fédérations et leurs syndicats locaux par rapport à l'économie sociale. Mais cette énumération est de notre point de vue suffisamment éloquente pour démontrer toute la complexité des rapports entre les acteurs sociaux identifiés au secteur public.
4. Or, à ces effectifs déjà fort chargés du secteur public sont venus s'ajouter au cours des trois dernières décennies d'autres acteurs sociaux au sein des institutions de la santé et des services sociaux. Outre le secteur marchand, qui a toujours conservé certains créneaux, notamment dans les services sociaux, l'émergence progressive d'un tiers secteur communautaire à partir des années 1970 est venue ajouter une épaisseur supplémentaire aux réseaux d'intérêts et d'influences modelant le système sociosanitaire. Par l'entremise de son action souvent locale (parfois régionale), ce nouvel acteur tentait en quelque sorte de pallier les limites de l'État-providence, tant en termes de proximité avec les usagers que de participation populaire et d'innovations aux plans des pratiques.

Comme nous l'avons mis en relief dans les chapitres précédents, le tiers secteur communautaire – à l'instar du secteur public – n'est pas homogène. Il est constitué d'un ensemble de composantes qui ont évolué au fil du temps. À l'origine, ces composantes se sont déclinées sous deux formes distinctes : les groupes de défense de droits et les groupes de services. Concurrément à la croissance de leurs effectifs dans le domaine de la

santé et des services sociaux, les organismes faisant partie de ce tiers secteur se sont regroupés sur une base sectorielle, dans une dynamique convergente avec la structuration en programme-clientèle du MSSS et les catégories administratives définies par le PSOC : personnes âgées, femmes, jeunesse, maintien à domicile, etc. Par contre, la décentralisation du système sociosanitaire au début des années 1990 allait servir de toile de fond à l'émergence de nouvelles instances de représentation territoriale (les TROC). Et comme nous avons pu le documenter, cette nouvelle dynamique régionale et décentralisée allait susciter des tensions au sein des milieux communautaires, les regroupements sectoriels ayant pris l'habitude, au cours de la période de développement de l'État-providence, de transiger directement avec le Ministère sur la base de ces programmes-clientèles. Or, le renvoi au palier régional des responsabilités en matière sociosanitaire remettait en question la fonctionnalité de ces canaux de communication avec le Ministère et obligeait les milieux communautaires à restructurer leurs instances de représentation sur une base territoriale.

En fait, la structuration des instances de représentation des milieux communautaires a toujours été étroitement associée aux formes organisationnelles du MSSS. En ce sens, on peut dire que les constantes interactions entre le secteur public et le tiers secteur communautaire depuis les années 1970 ont permis d'établir de profonds liens structurels. Au-delà des types de rapports qui ont pu se développer historiquement entre ces deux acteurs selon la période, la conjoncture ou le secteur (partenarial, soustraitance, etc.), on peut dire que leur participation commune à la définition du modèle québécois de développement social les a contraints à tenir compte des propres logiques d'action et des modes d'organisation propres à chacun.

Certes, sur le plan des arrangements institutionnels, l'État et ses institutions ont probablement davantage marqué les milieux communautaires que l'inverse. Cela est compréhensible dans la mesure où l'État n'est pas un acteur social comme un autre. D'abord, il est le principal producteur de services sociaux et de santé au Québec. Dans les sociétés démocratiques comme la nôtre, l'État assume toutefois un rôle encore plus fondamental de convergence et de régulation des rapports sociaux. À ce titre, il a donc les pouvoirs d'exercer une action décisive sur les règles du jeu qui définissent le développement social et économique (par les lois, les règlements, les programmes). Par ses prérogatives, l'État québécois, à travers le MSSS, a donc contribué de manière décisive à la structuration des rapports qu'il entretient avec le tiers secteur communautaire.

Mais encore là, l'État n'agit pas en vase clos. Par son rôle de régulation des intérêts contradictoires des divers acteurs sociaux, il occupe une place centrale se situant au carrefour des multiples influences et courants

qui traversent la société. Dès lors, les politiques publiques qui émanent de l'État ne peuvent qu'être modelées, à des degrés divers, par ces courants, y compris ceux des mouvements sociaux. Nos résultats de recherche ont bien montré comment les deux avis publiés par la CASF au cours des années 1970 s'apparentent à de véritables petits manuels voués à la promotion des principes de la critique artiste (autonomie des organismes, souplesse des organisations, valorisation de la réciprocité, proximité des services), eux-mêmes relayés au départ par les nouveaux mouvements sociaux. Or, ces avis, émanant d'un organisme conseil du Ministère, ont eu des échos au plan ministériel comme l'ont montré les propos tenus par le sous-ministre Deschênes à la fin des années 1970 (voir le chapitre 3). Ces analyses ont participé activement à la transformation de l'État-providence et à la reconnaissance progressive du tiers secteur au sein du système sociosanitaire, précisément parce que ces organismes étaient les principaux tenants des nouveaux principes d'action soulevés par la critique artiste au sein du système sociosanitaire.

Nous pourrions établir le même genre de parallèle avec certaines des plus importantes modalités de la réforme Côté (1991). La régionalisation des services satisfaisait en bonne partie à certaines revendications exprimées de longue date par les milieux communautaires : proximité des services, participation démocratique des acteurs locaux, prise en compte des particularités territoriales, reconnaissance des organismes communautaires. Comme nous le révélait en entrevue une leader nationale des milieux communautaires, les organismes communautaires n'ont eu d'autre choix que de considérer avec sérieux cette réforme puisqu'elle mettait de l'avant des propositions issues de leur propre plate-forme de revendications. Au-delà des accusations de détournements de sens ou de dilution des revendications originales qui ne manquent pas de surgir à l'égard d'une réforme concoctée par l'acteur politique, il n'en demeure pas moins que l'influence des mouvements sociaux et des milieux communautaires a été indéniable dans ce virage pris par le système sociosanitaire. Qui plus est, cette régionalisation dans le domaine sociosanitaire était le prélude de toute une série de transformations du modèle québécois de développement social qui allait connaître une nouvelle étape de son évolution au cours des années 1990 et 2000 avec les territoires comme nouvelle base d'intervention de plusieurs politiques publiques (soutien aux communautés, lutte contre la pauvreté, etc.).

Un nouveau débat allait donc s'ouvrir avec cette transformation du modèle de développement social car les nouveaux principes sollicités ont été revendiqués tant par les tenants d'une reformulation solidaire de l'État-providence que par ceux d'une stratégie néolibérale. Cette ambiguïté participe au phénomène de désarroi de la critique des milieux progressistes qui envisagent difficilement de partager avec les courants politiques de



droite certains principes de renouvellement du modèle de développement social. Or, l'autonomie, l'initiative, la décentralisation, la territorialisation et la proximité des services sont des créneaux partagés par des acteurs provenant tant de la droite que de la gauche du spectre politique. Là où apparaissent des distinctions fondamentales, c'est dans les objectifs visés par ces nouveaux principes et dans leurs modalités de mise en œuvre. Car paradoxalement, ces principes peuvent servir aussi bien un projet de démantèlement de l'État-providence qu'un projet de redéfinition de ce même État-providence dans une optique plus solidaire. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

5. Les milieux communautaires participent à la constitution d'un autre acteur social, cette fois-ci non pas en vertu de leur rôle de producteurs de services, mais en tant qu'organisations représentantes du point de vue des usagers des services. Cette double allégerance résulte du fait que la plupart de ces organismes sont issus d'une construction conjointe de l'offre et de la demande, c'est-à-dire d'une construction associant professionnel-militant et groupes touchés directement par les problématiques visées. L'émergence de ces nouveaux acteurs met ainsi en relief, d'une part, les insuffisances d'une prestation de services définie presque exclusivement par les rapports de production dans le cadre du développement de l'État-providence (gestionnaires, professionnels et syndicats) et, d'autre part, l'importance accrue accordée aux rapports de consommation dans la production des services et l'organisation du système dans le contexte de transformation de ce même État-providence.

Mais les organismes communautaires ne sont pas les seuls à participer à la constitution des usagers en tant qu'acteur social. Les usagers directs des services publics, et ceux regroupés autour des comités de bénéficiaires, se sont progressivement institués au cours des années 1980. Ces derniers ont souvent dénoncé, non seulement les directions et les gestionnaires d'établissements défaillants, mais aussi certains syndicats jugés insensibles à la situation particulière des personnes hébergées dans certains établissements publics. Encore là, on peut y voir un indice de la transformation de l'État-providence, un État-providence qui s'était érigé sur la base d'un compromis excluant la participation des usagers à la définition des services. Or, ce que remettent en question ces groupes d'usagers, c'est précisément la consommation passive des services découlant du compromis providentialiste. Incidemment, l'action de ces groupes a eu pour effet de mettre les rapports de consommation au centre des rapports sociaux, après plus d'une décennie d'hégémonie des rapports de production (et des producteurs de services) dans la configuration des services publics.

6. Enfin, nous nous devons en dernier lieu de souligner l'apport des producteurs de services liés au secteur marchand. Ceux-ci se déclinent en deux formations. D'abord, les médecines douces, qui constituent de fait une forme de privatisation des services sur la base de petits producteurs autonomes de services. L'émergence de ces derniers s'est réalisée là aussi au cours des années 1980 et découle directement de la remise en question de la médecine industrielle et des travers bureaucratiques associés aux grandes organisations du secteur public. Par contre, leurs pratiques font rarement appel à une prise en charge collective des problématiques sociosanitaires. De plus, contrairement aux organismes communautaires – et mis à part quelques disciplines bien ciblées (par exemple, les sages-femmes et les chiropraticiens) –, la plupart de ces nouvelles « professions » n'ont pas eu droit à une reconnaissance institutionnalisée de leurs pratiques de la part de l'État. Toutefois, devant la popularité grandissante de ces pratiques chez certaines couches de la population, l'État québécois ne semble avoir eu d'autres choix que de tolérer leur existence à condition que ces praticiens respectent les champs de pratique des professions traditionnelles<sup>1</sup>. À leur façon, les médecines douces témoignent donc elles aussi d'une remise en question de la médecine industrielle pratiquée dans le secteur public, de la dépersonnalisation caractérisant les pratiques standardisées de l'État-providence et du besoin des citoyens de disposer d'alternatives à ces pratiques hétéronomes, fussent-ils tenus de payer pour y avoir accès.

Seconde formation du secteur privé: les tenants de l'approche concurrentielle et de la privatisation. Ces derniers ont laissé une empreinte évanescence malgré une présence accrue à partir des années 1980 dans certains domaines de services tels que l'hébergement des personnes âgées, les services à domicile ou certains services auxiliaires dans les hôpitaux. Leur rôle est particulier puisque ce n'est pas en tant que producteur formel que leur influence s'est fait le plus sentir au cours des trois décennies que nous avons étudiées. C'est plutôt sur la base de l'introduction au sein d'établissements publics de logiques d'action empruntées aux entreprises marchandes que s'est davantage introduite leur influence. Afin d'endiguer les coûts croissants engendrés par la production des services, les gouvernements

---

1. Comme ces ressources étaient privées, elles ne pouvaient que contribuer à diminuer la demande de services dans le secteur public. Ce qui n'était pas pour déplaire aux gouvernements qui cherchent désespérément à diminuer les coûts de sa mission sociosanitaire.

successifs se sont tournés vers des modes de gestion ayant été expérimentés dans la production marchande de biens et services, et ce, dans l'espoir de ralentir le rythme de leurs dépenses.

Ainsi, c'est la conjugaison de l'action des acteurs sociaux des secteurs public, privé et des milieux communautaires qui a donné forme au système sociosanitaire tel qu'on le connaît aujourd'hui. Prétendre qu'un seul de ces acteurs ou que certains de ces acteurs sont suffisamment dominants pour échapper aux influences multiples qui traversent ce champ d'activités, et qu'ils parviennent à imposer seuls une trajectoire linéaire à l'évolution du système rend compte d'une analyse simpliste des complexités et des tensions qui « travaillent » ce système. Que les différents gouvernements en place aient souhaité et puissent encore favoriser certains alignements politiques et stratégiques au détriment d'autres, cela ne laisse aucun doute. Surtout dans un contexte où les considérations économiques tendent à devenir la mesure ultime de l'efficacité des dispositifs de rationalisation des services et dans une conjoncture où les budgets accordés à la mission sociosanitaire n'ont cessé de croître pour devenir au tournant des années 2000 le poste budgétaire le plus important de l'État québécois.

À cet égard, nous avons vu comment l'essor initial du Programme de soutien aux organismes communautaires – et parallèlement des milieux communautaires eux-mêmes – ne peut être attribué à un seul déterminant. Son essor tient davantage à un ensemble de facteurs contingents issus des luttes menées par certains acteurs sociaux (notamment les groupes populaires), à la présence de répondants favorables à leur action au sein du réseau public (le CASF, les fonctionnaires, certains ministres, etc.), à la conjoncture socioéconomique (crise du providentialisme) et à l'émergence de nouvelles valeurs et de nouveaux principes d'action (critique artiste) à l'intérieur du système sociosanitaire aussi bien qu'au sein de la société québécoise dans son ensemble.

Évidemment, tous les acteurs que nous avons identifiés ne jouissent pas de la même reconnaissance, ni de la même capacité d'influence au sein du système. L'acteur médical et hospitalier y occupe une place prépondérante; la majeure partie des ressources financières du MSSS lui est d'ailleurs consacrée. Ce qui n'est pas étranger au fait que depuis la fin des années 1970, une bonne partie de l'attention de la machine gouvernementale a été portée sur l'endiguement des coûts liés à la croissance importante de la demande des services biomédicaux et hospitaliers. Ce phénomène n'est pas propre au Québec, même s'il a pris ici des résonances particulières. Il surgit d'une tendance forte au sein des sociétés occidentales qui prend ses racines à la fois au plan sociologique (effets hétéronomes des pratiques médicales qui engendrent leur propre

demande), démographique (vieillesse de la population), technologique (développement à fort coût des technologies médicales) et culturel (accent mis sur la médecine curative plutôt que préventive).

Mais les jeux d'alliances stratégiques que nous avons relevés dans notre étude ont prouvé que les milieux communautaires – des acteurs sociaux qu'on pourrait qualifier de faibles comparativement à l'acteur médico-hospitalier – ont néanmoins été en mesure de défendre leurs intérêts et de faire valoir leur vision du développement social à des degrés variables selon les époques et les circonstances. Notre recherche indique qu'ils ont pu imprimer leurs marques sur les institutions qui ont forgé le nouveau modèle de développement social qui a peu à peu émergé de la remise en question de certains dispositifs de l'État-providence. Ainsi, loin d'avoir été les jouets passifs des forces prétendument hégémoniques de l'État, les milieux communautaires se sont révélés, dans plusieurs circonstances, particulièrement habiles à manœuvrer à travers les luttes politiques que se sont livrés et que continuent à se livrer les différents acteurs du système pour l'obtention des ressources et l'orientation des services. Ils ont dès lors été des acteurs déterminants d'un processus de coconstruction de certaines politiques publiques, principalement dans le domaine des services sociaux (Vaillancourt, 2007). Rappelons à ce sujet la politique concernant la violence faite aux femmes (1985) et la politique de santé mentale (1989).

Leur influence s'est également fait sentir dans les tractations ayant marqué de manière plus large le développement du modèle québécois de développement social. À ce jour, la Loi 120 (régionalisation des services) constitue probablement une des réformes sociales que les milieux communautaires ont été le plus à même de faire évoluer dans un sens favorable à leurs revendications historiques. Inscrite dans le libellé même de la loi, la reconnaissance de leur participation et de leur autonomie constitue des gains que peu d'associations ou d'organisations, bénéficiant d'un soutien étatique important, peuvent se targuer d'avoir obtenus, tant en Amérique qu'ailleurs dans le monde. Ces gains faits par les organismes en santé et services sociaux ont alors ouvert la voie à l'extension de ce modèle partenarial à l'ensemble des milieux communautaires en vertu de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire autonome de 2001 qui a largement été inspirée de l'expérience des organismes communautaires en santé et services sociaux<sup>2</sup>.

---

2. Les retombées concrètes de cette politique sur l'ensemble des organismes restent toutefois à évaluer.

Cette reconnaissance n'est toutefois pas exempte d'ambiguïtés. D'une part, les organismes continuent à recevoir dans une proportion importante du financement spécifique de la part de l'État (c.-à-d. pour des prestations de services prédéterminées qu'on appelle aussi ententes de services), malgré l'engagement gouvernemental de favoriser le financement selon la mission globale (MSSS, 2004a). Le financement par ententes de services a souvent été dénoncé par les organismes comme étant susceptible – lorsque son ampleur dépasse certains seuils – d'influencer leur mission d'origine en la soumettant à des pressions indues provenant des priorités du secteur public. À cet égard, le domaine de la santé et des services sociaux se distingue avantagèrement puisque plus de 70 % du financement octroyé par le MSSS aux organismes communautaires se compose de financement selon la mission globale<sup>3</sup>. C'est la proportion la plus élevée parmi l'ensemble des ministères du gouvernement québécois. En comparaison, le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (deuxième plus important dispensateur de ressources auprès des milieux communautaires) n'avait accordé qu'un peu moins de 18 % de financement selon la mission globale aux organismes en 2004-2005, les trois quarts étant versés sous forme de financement par ententes de services, principalement en vertu d'ententes avec Emploi-Québec.

Mais si les nouveaux rapports tissés entre le gouvernement québécois et les milieux communautaires se sont donnés les conditions d'un redressement à travers la Politique du SACA, force est de constater que cette opération reste encore à actualiser dans l'ensemble des ministères. Néanmoins, les milieux communautaires disposent désormais d'outils et de structures formelles pour faire cheminer leurs revendications. Et si, de manière générale, les milieux communautaires (y compris en santé et services sociaux) dénoncent la faiblesse des moyens financiers qui leur sont accordés eu égard à leurs besoins (incluant le financement selon la mission globale), les modalités du PSOC quant à elles ont largement fait consensus chez nos interlocuteurs des milieux communautaires.

## DEUXIÈME CONSTAT

### L'appui des fonctionnaires et de la classe politique aux milieux communautaires

La vision faisant de l'État une entité monolithique réfractaire aux dynamiques externes – hormis celles favorisant la classe politique et l'élite économique – ne peut trouver réfutation plus explicite que dans le jeu

---

3. Rappelons que les chiffres officiels indiquent plutôt une proportion d'environ 80 % du financement (SACA, 2005). Toutefois, nos recherches ont démontré qu'une portion du financement versé par l'entremise du PSOC demeure rattachée à certaines conditions, certes peu contraignantes, mais bien réelles.

d'alliances de certains fonctionnaires avec les milieux communautaires. Ce phénomène a joué un rôle capital dans la reconnaissance et le développement des organismes communautaires, tout en constituant un élément déterminant de la coconstruction de certaines politiques publiques. C'est là peut-être un des phénomènes les plus méconnus du processus de reconnaissance des organismes communautaires amorcé il y a maintenant plus d'une trentaine d'années.

Ces alliances stratégiques ont transité par certaines médiations d'ordre politique, institutionnel et même interpersonnel. Ce processus s'est enclenché dès les années 1970 avec les deux avis du Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF, 1976, 1978a) qui, comme nous l'avons vu, soutenait avec force le développement des groupes populaires et recommandait leur appui à l'État québécois. Il s'est poursuivi au cours des années 1980, notamment lors des audiences de la commission Rochon, avec la présentation d'un mémoire émanant des professionnels œuvrant au Service de soutien aux organismes communautaires (SSOC), l'unité administrative responsable du PSOC au ministère des Affaires sociales (MAS). Cet avis était favorable à la reconnaissance de la contribution des milieux communautaires aux services sociaux et de santé. Cet événement était loin d'être anodin si l'on en croit Lorraine Guay, une leader des milieux communautaires qui nous rappelait en entrevue (presque vingt ans plus tard) l'importance qu'avait eue à l'époque cette initiative des fonctionnaires du SSOC.

Nous avons également souligné au chapitre 6 les rapports étroits qui s'étaient développés au cours des années 1990 entre les milieux communautaires et certains fonctionnaires de la Direction de la santé mentale. Alors que les premiers y trouvaient des acteurs prêts à appuyer leurs demandes à travers les méandres bureaucratiques du Ministère, les seconds considéraient les organismes communautaires comme des alliés stratégiques permettant de contourner les résistances de l'acteur médical à l'égard de l'implantation de la réforme en santé mentale. Cet exemple est une illustration, parmi d'autres, du type de rapports plus personnalisé qu'ont pu déployer plusieurs regroupements nationaux d'organismes communautaires avec leurs interlocuteurs respectifs dans les ministères depuis les années 1980. Les groupes de femmes et les groupes œuvrant dans le secteur jeunesse ont eux aussi profité des bénéfices tirés d'une stratégie de rapprochement avec certaines composantes sectorielles du Ministère.

Nous avons été en mesure d'observer le même phénomène au plan régional. Plusieurs fonctionnaires (notamment ceux affectés à la gestion du PSOC) dans ce qui était autrefois les régions régionales – et aujourd'hui les

agences de santé et de services sociaux – se sont faits les défenseurs des organismes avec lesquelles ils avaient pris l'habitude de travailler à l'intérieur de leur institution. Ils ont tissé des liens qui, certes, n'excluaient pas les désaccords et parfois même les conflits, mais ils ont souvent joué un rôle de médiateur – à l'instar des organisateurs communautaires dans les CLSC – permettant d'atténuer les frictions entre la culture organisationnelle du secteur public et celle des milieux communautaires.

D'ailleurs, parmi l'ensemble des établissements du réseau public, et malgré des différences de culture et d'organisation, les CLSC constituent assurément ceux qui ont le plus contribué au soutien des organismes communautaires. Malgré le constat assez sévère que nous avons fait concernant le maintien des innovations présentes dans les premières cliniques communautaires au sein des CLSC, on ne peut qu'être frappé par les liens qui se sont tissés entre ces deux acteurs au cours des trente dernières années; du moins jusqu'à l'application de la Loi 25 en 2003 qui intégrait les CLSC aux nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Ce portrait des alliances ne serait pas complet sans faire mention de l'oreille attentive prêtée par certains ministres aux revendications des organismes communautaires. C'est fréquemment auprès du ministre lui-même que les milieux communautaires en santé et services sociaux ont trouvé, en fin de compte, les appuis nécessaires pour faire avancer leur cause. Le ministre Lazure, en son temps, avait soutenu l'émergence des maisons de jeunes; le ministre Chevrette avait aussi prêté une attention spéciale à la situation des milieux communautaires, en plus d'être le ministre signataire de la Politique d'aide aux femmes violentées de 1985. On se rappellera également l'épisode évoqué par un de nos informateurs concernant le fameux article 335 de la Loi de 1991, institutionnalisant la reconnaissance des organismes communautaires. Celui-ci a été obtenu grâce à une rencontre de certains leaders communautaires avec le ministre Marc-Yvan Côté. Ce dernier s'était alors montré sensible à plusieurs de leurs revendications et avait modifié son Livre blanc pour tenir compte à la fois des craintes et des besoins exprimés par les milieux communautaires. C'est d'ailleurs après l'une de ces rencontres avec le ministre que la TRPOCB a pris la décision d'appuyer la réforme mise en route par le gouvernement libéral à l'époque. Enfin, on ne peut passer sous silence le fait que, malgré l'impopularité de la réforme du ministre Jean Rochon, c'est sous sa direction que le MSSS a octroyé les plus importants budgets de développement aux organismes communautaires au cours des années 1990.

La capacité des acteurs d'établir un lien de confiance a donc joué un rôle crucial dans l'établissement d'un nouveau type de relations entre l'État et les milieux communautaires. Ces liens passent évidemment par des

contacts formels entre les organisations. Mais on ne peut pour autant négliger l'influence déterminante que peuvent avoir des éléments subjectifs comme le respect et la confiance entre les individus engagés dans les processus de négociation. Tout autant que les conditions objectives d'établissement des rapports interorganisationnels, la qualité des relations interpersonnelles entre les personnes concernées constitue un élément fondamental de réussite dans les tractations menant aux compromis institutionnalisés. À cet égard, notre étude a montré que l'appui de certains fonctionnaires aux organismes communautaires dans leurs rapports avec le MSSS a été constant tout au long des trente années que nous avons couvertes. Cet appui a souvent été discret, à l'image du rôle qu'ils assument dans la fonction publique ; à d'autres moments, il fut plus explicite (lors de la commission Rochon par exemple). Mais dans tous les cas, cette alliance avec certains fonctionnaires a constitué un facteur important de reconnaissance des organismes communautaires auprès du Ministère et de l'État québécois.

## TROISIÈME CONSTAT

### Les principaux repères quant aux conditions de soutien de l'État à l'action communautaire

Ces rapports, plus ou moins intenses, qui se sont établis entre l'acteur communautaire et le secteur public, constituent en un sens un premier facteur ayant fait progresser la légitimité des pratiques des milieux communautaires. Mais ils ne sont pas les seuls éléments susceptibles de favoriser une plus grande reconnaissance de leur action. Cette reconnaissance découle également d'autres facteurs que nous avons été en mesure de repérer dans le temps et dans l'espace. Cinq autres conditions ont ainsi pu être cernées pour assurer la mise en place d'arrangements institutionnels favorables au déploiement des principes d'action des milieux communautaires au sein du système sociosanitaire.

1. Les organismes qui sont parvenus à se faire reconnaître sont d'abord **ceux qui sont soutenus par un mouvement social fort**. À ce titre, les milieux communautaires sont traversés par plusieurs mouvements sociaux. Dans un premier temps, le mouvement des femmes et le mouvement des jeunes ont constitué des terreaux fertiles à l'essor de nouveaux principes d'action comme la réciprocité (monde du don), la participation (monde civique) et l'innovation (monde de l'inspiration), essor que nous avons associé plus largement à celui des principes de la critique artiste. Ce n'est pas un hasard d'ailleurs si parmi les premières expérimentations de pratiques novatrices en services sociaux, on retrouve notamment les maisons d'hébergement pour femmes et les maisons de jeunes. L'émergence de ces deux types de ressources



résultait, d'une part, de la remise en question des rapports de genre par le mouvement féministe et, d'autre part, d'un rebrassage des cadres traditionnels de vie par le mouvement des jeunes.

2. Si cette irrigation des mouvements sociaux est une condition nécessaire, elle s'avère toutefois insuffisante pour la reconnaissance des organismes. Il faut au surplus que la mission des organismes s'insère dans une **problématique socialement reconnue**. Deux éléments doivent être relevés pour comprendre ce phénomène.

D'abord, il y a un effet conjoncturel de priorisation des problématiques (certains parlent d'effet de mode) qui est bien connu des intervenants œuvrant dans le domaine du développement social. Telle recherche met en relief le taux élevé de mortalité des jeunes de la rue : des fonds spéciaux sont alors débloqués afin d'endiguer le problème ; une augmentation des cas de toxicomanie est relevée dans les statistiques publiques : des ressources supplémentaires sont rapidement accordées aux organismes œuvrant dans ce domaine. Dans ces situations, l'opinion publique joue en quelque sorte le rôle de groupe de pression auprès des autorités gouvernementales. Les organismes profitent alors d'une conjoncture favorable pour mettre de l'avant leur capacité à intervenir sur une problématique particulière ciblée par l'État et, du même coup, faire progresser dans un sens conforme à leurs intérêts les accords formels qui définissent leur participation à la résolution de la problématique.

L'autre élément qui influence de manière décisive la priorisation des problématiques, surtout depuis une dizaine d'années, est bien sûr le potentiel de réduction des coûts globaux du système associé à certaines pratiques communautaires. Les organismes jugés en mesure de faire faire des économies au secteur public peuvent s'attendre à bénéficier d'une écoute plus attentive et d'une reconnaissance plus grande de la part de l'État. Ce constat n'est pas nouveau : il a été fait par certains responsables ministériels dès la fin des années 1970 pour promouvoir le développement des milieux communautaires. Mais on peut penser qu'à mesure que se sont accrus les budgets de l'État alloués à la mission sociosanitaire, cette dynamique a pris une signification particulière, qui tend à mettre de l'avant les avantages d'ordre économique tirés par l'État de son soutien aux organismes, tout en reléguant au second plan les impacts sociaux, politiques et culturels de leurs actions.

Cette instrumentalisation des organismes n'est toutefois pas automatique et des considérations économiques peuvent tout à fait cohabiter avec des valeurs « traditionnelles » portées par les milieux communautaires (justice sociale, démocratie, autonomie). L'équilibre des rapports entre ces acteurs dépend alors des compromis politiques qui sont faits et du

contenu des arrangements qui balisent leurs interactions. Dans ce contexte, le type de ressources financières accordées par l'État prend une importance cruciale. Les organismes disposant d'un financement à la mission globale relativement important sont mieux en mesure de négocier véritablement leurs «avantages concurrentiels», et de maintenir une certaine cohésion d'ensemble à leur action, malgré des logiques parfois contradictoires qui peuvent marquer leur rapport avec l'État. L'assurance de la pérennité des ressources financières permettant le maintien de leur infrastructure les met ainsi à l'abri des fragilités liées au versement de financement sur la base d'ententes de services.

Étant donné les rapports qui se sont développés au Québec entre le secteur public et le tiers secteur, on peut dire que le Programme de soutien aux organismes communautaires constitue de fait une pièce maîtresse de la structuration du modèle québécois de développement social puisque les sommes qui transitent par ce programme sont précisément versées sous forme de financement à la mission globale. Grâce à ce programme – et dans la mesure évidemment où les groupes se conforment aux conditions d'octroi –, les milieux communautaires sont en mesure de se prémunir, du moins jusqu'à un certain point, des dérives tutélaires de l'État. Le PSOC permet donc de rétablir une certaine symétrie dans les rapports forcément inégaux entre l'État et les milieux communautaires.

3. Rétrospectivement, ce qui frappe dans la trajectoire de reconnaissance des milieux communautaires, c'est que leur évolution a connu des phases de grands bonds en avant à certains moments bien précis de leur histoire. Ainsi, **l'étape cruciale d'institutionnalisation – c'est-à-dire l'étape de mise en place des règles du jeu balisant les rapports avec l'État – s'est presque toujours réalisée dans le cadre de l'adoption de nouvelles politiques publiques** qui, dès lors, se sont avérées porteuses de renouvellement des pratiques et d'une nouvelle pluralité des logiques d'action au sein du système sociosanitaire. Ces nouvelles politiques publiques ont constitué autant d'occasions pour les milieux communautaires de faire progresser leur logique d'action au sein du système.

Rappelons ici quelques-uns de ces moments charnières : le rapport du Comité Batshaw et l'adoption de la Loi de la protection de la jeunesse en 1977, qui allaient permettre le financement à titre expérimental d'un certain nombre d'organismes communautaires jeunesse œuvrant sur une base préventive ; la Politique de services à domicile de 1979, qui reconnaissait l'apport de la dynamique réciprocaire auprès des usagers de ces services et qui inscrivait pour la première fois la contribution des organismes communautaires dans une politique gouvernementale ; la Politique d'aide aux

femmes violentées de 1985, qui reconnaissait la pertinence des pratiques développées dans ces ressources et qui consolidait le financement des maisons d'hébergement pour femmes tout en préservant leur autonomie; la Politique de santé mentale de 1989, qui reconnaissait elle aussi l'apport particulier des organismes communautaires et qui institutionnalisait leur participation au sein d'instances de concertation, tout en leur assurant pour la première fois un financement triennal; la réforme Côté de 1991, qui a été l'occasion de généraliser à l'ensemble des organismes en santé et services sociaux les gains faits par les milieux communautaires sur une base sectorielle; enfin, la Politique de reconnaissance de soutien à l'action communautaire autonome de 2001, qui portait sur l'ensemble de l'appareil gouvernemental, l'application de certains principes de reconnaissance et de financement expérimentés par les organismes en santé et services sociaux au cours des trente dernières années. On pourrait ajouter à cette liste les entreprises d'économie sociale en aide domestique et les CPE créés dans la foulée des Sommets de 1996.

Certes, il faut se garder de voir dans ces processus une progression linéaire exempte de toute ambiguïté quant à la reconnaissance des organismes. Certains processus ont connu des blocages (par exemple, les maisons de jeunes au cours de la seconde moitié des années 1980), dus à la conjoncture politique ou socioéconomique, alors que des pans entiers du tiers secteur ont fait face à des difficultés dans leurs rapports avec l'État (par exemple, les entreprises d'économie sociale en aide domestique). Mais de manière générale, on ne peut que constater l'avancement des logiques d'action propres aux milieux communautaires dans les services sociaux grâce aux occasions offertes par l'adoption de ces politiques. Leur mise en place coïncide alors avec la remise en question de pratiques et de politiques ayant fait l'objet de critiques dans une phase précédente (notamment par l'entremise de commissions d'enquête ou de grands débats publics). À cet égard, chacune à leur manière, et à des degrés divers, la plupart de ces politiques ont contribué à transformer l'État-providence tel qu'il avait été pensé par ses artisans au début des années 1970. Elles ont toutes contribué à intégrer dans le système des logiques d'action qui faisaient souvent défaut dans les dispositifs de l'État-providence, ou qui trouvaient difficilement les conditions pour se déployer de manière significative: logique d'innovation et d'expérimentation, logique de participation démocratique des usagers et des producteurs de services, logique de réciprocité (lien social et militantisme).

Dès lors, on peut affirmer que les milieux communautaires ont été au centre d'une dynamique systémique où ils ont été à la fois des acteurs portés par le changement et des acteurs porteurs de changement. Des

acteurs portés par le changement parce que l'institutionnalisation progressive de leurs pratiques s'est réalisée, d'une part, dans un contexte culturel et socioéconomique favorable à leur reconnaissance (montée des principes de la critique artiste et crise budgétaire de l'État) et, d'autre part, par l'entremise de nouvelles politiques qui élargissaient leur champ d'action au sein de l'espace public. Mais les organismes communautaires ont aussi été d'importants porteurs de changements, d'une part, parce qu'ils ont souvent eux-mêmes été des acteurs centraux de la remise en question d'anciennes façons de faire dans le domaine du développement social<sup>4</sup> et, d'autre part, parce qu'une fois leurs pratiques reconnues en vertu de ces nouvelles politiques publiques, ils ont été en mesure d'insuffler de nouvelles dynamiques au sein du système. Ils ont donc constitué un vecteur important de transformation des pratiques de l'État-providence, tant sur le plan des pratiques concrètes sur le terrain (l'organisation des services) que sur le plan des rapports sociaux (accent sur les rapports de consommation) et des rapports de pouvoir entre les différents producteurs de services (démocratisation et partenariat).

4. Les composantes des milieux communautaires ayant obtenu un soutien significatif de l'État sont celles **ayant fait preuve d'un minimum de cohésion organisationnelle et ayant assumé avec conviction leur rôle d'acteur social**. Ce n'est pas un hasard si les milieux communautaires ont revendiqué avec force, au début des années 1990, le maintien du financement de leur regroupement par le Ministère, celui-ci ayant été tenté un instant de se délester de cette responsabilité en obligeant les membres de ce regroupement à verser une cotisation volontaire. Les organismes ont finalement convaincu le ministre Côté de revenir sur la décision de sa prédécesseure (Thérèse Lavoie-Roux) qui, dans un premier temps, avait ignoré les revendications des organismes à cet égard.

Dans le chapitre 5, nous avons montré comment cette dynamique de regroupement avait constitué, au cours des années 1980, une phase importante du développement des organismes communautaires. Par leur association, d'abord sur une base sectorielle (les regroupements nationaux), puis territoriale (les TROC), les milieux communautaires se sont donné les moyens de négocier collectivement avec l'État les conditions de production de leurs services et leur contribution au système sociosanitaire.

---

4. Dans le domaine économique aussi, bien que cela soit plus récent.

Par contre, ces regroupements peinent à établir une jonction cohérente entre les dynamiques sectorielles et territoriales qui animent leurs diverses composantes. Comme nous avons pu l'observer au chapitre 8, d'importants points de friction sont apparus au début des années 1990 entre les regroupements nationaux et les tables régionales d'organismes communautaires (TROC). Ces tensions sont multiples (stratégique, idéologique, politique, financière) et découlent des transformations mêmes de l'État-providence puisque l'évolution des formes de représentation des milieux communautaires est la conséquence directe du processus de régionalisation amorcé par le MSSS au début des années 1990. Cette régionalisation, à laquelle venait se superposer une dynamique de décentralisation et de démocratisation du système, oblige les milieux communautaires à s'ajuster et à repenser leurs rapports avec l'État. Reproduisant à l'origine le modèle centralisé et sectoriel de l'État-providence, ces rapports vont devenir régionaux et intersectoriels au moment de l'application de la réforme de 1991.

Les tensions au sein des milieux communautaires renvoient ainsi aux inégalités sectorielles qui ont marqué le développement des milieux communautaires depuis les années 1970, les groupes les moins avantagés ayant perçu, dans les nouvelles structures régionales, une occasion de se rattraper sur le plan financier. C'est d'ailleurs parmi ces groupes plus «pauvres» qu'on retrouvait les organismes les plus convaincus du bien-fondé de la nouvelle stratégie de représentation régionale. Or, certains regroupements nationaux se montraient plus réticents à l'égard des transformations apportées par la réforme. Ces derniers estimaient en effet que les rapports centralisés avec le MSSS leur avaient permis de faire des gains au cours des années 1980 et que cela valait mieux que les incertitudes entourant la régionalisation. Dans cette optique, les organismes plus pauvres devaient se montrer patients; les gains obtenus par les groupes mieux organisés finiraient bien par se répercuter sur l'ensemble des organismes.

Or, de toute évidence, certaines composantes des milieux communautaires ont profité de l'occasion offerte par la régionalisation pour se désolidariser de cette stratégie informelle de la tête de pont et pour faire valoir leurs propres besoins, parfois à partir de modalités qui pouvaient entrer en contradiction avec les revendications des grands regroupements nationaux. L'ensemble des regroupements sectoriels d'organismes a finalement adhéré, à des degrés variables, aux principes de la réforme Côté. Néanmoins, les tensions apparues dès le départ entre les TROC et les regroupements nationaux ne sont pas encore complètement disparues et témoignent des ambivalences qui habitent encore les diverses composantes du tiers secteur communautaire en 2007.

## QUATRIÈME CONSTAT

### Trente ans d'innovations qui ont structuré le modèle québécois de développement social

Au cours des trente dernières années, les organismes communautaires ont constitué un formidable réservoir d'innovations sociales pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, tant sur le plan des pratiques comme telles (dimension organisationnelle) que sur le plan des modalités de leurs rapports et de leurs interactions avec l'État (dimension institutionnelle). L'institutionnalisation des cliniques communautaires au début des années 1970, qui se transforment en CLSC, s'avère ainsi l'amorce d'une longue lignée de généralisation et de transferts de pratiques expérimentées initialement dans les milieux communautaires. Or, les conditions institutionnelles du transfert et du maintien de ces innovations dans les CLSC ont montré des limites évidentes dans le contexte de l'époque. Comme nous l'avons souligné au chapitre 3, ce mode d'institutionnalisation était fortement tributaire du modèle de développement fordiste et providentialiste en vigueur à l'époque et des principales institutions qui structuraient le système : bureaucratie centralisatrice, organisation du travail tayloriste, standardisation des services.

Cette institutionnalisation des groupes populaires se caractérisait donc par ce que nous avons désigné comme une intégration hiérarchique et une étatisation qui ont agi à la manière d'un frein structurel au maintien des innovations présentes au départ dans les organisations. Les formes de coordination auxquelles faisaient appel les pratiques des milieux communautaires (don, participation et expérimentation) étaient peu compatibles avec celles du secteur public (contrôle, rationalisation et standardisation). Mais cet échec partiel – parce que les CLSC ont tout de même constitué une réussite sous d'autres aspects – n'allait pas pour autant mettre un terme à cette dynamique de reconnaissance, de transfert et de généralisation des pratiques communautaires.

À cet égard, les pratiques développées par les groupes de femmes en matière de violence et d'agression sexuelle allaient à leur tour faire l'objet d'une généralisation et d'un transfert partiel vers le secteur public au milieu des années 1980. Mais cette fois, cette innovation organisationnelle donnerait lieu simultanément à une expérimentation au plan institutionnel, c'est-à-dire qu'on allait innover dans le processus même de transfert de l'innovation. Ainsi, les groupes de femmes voient leurs pratiques faire l'objet d'une reconnaissance globale dans le cadre de la Politique envers les femmes violentées adoptée en 1985, mais cette reconnaissance ne s'accompagne pas d'une étatisation de leur organisation, comme cela s'était produit avec les cliniques communautaires au cours de la décennie précédente. Plutôt que d'intégrer ces ressources au secteur public, on préserve

leur autonomie tout en leur accordant un financement, certes encore conditionnel aux disponibilités budgétaires du Ministère, mais qui va se révéler tout de même suffisant pour assurer leur développement dans les années subséquentes. Ce phénomène allait se reproduire plus tard, selon des modalités particulières, au sein d'autres composantes des milieux communautaires, notamment certains organismes œuvrant auprès des jeunes (maisons de jeunes) et les organismes alternatifs en santé mentale.

Quant au processus comme tel de transfert des innovations, ses modalités se sont cristallisées en bonne partie autour du Programme de soutien aux organismes communautaires. Une fois pris en compte l'échec partiel du processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires, l'État québécois envisage progressivement, au cours des années 1980, le recours à d'autres formes d'arrangement pour maintenir et pérenniser les innovations présentes initialement dans les organismes communautaires.

D'une part, à l'encontre de la stratégie d'étatisation employée au début des années 1970, le MSSS prend graduellement conscience de la spécificité des milieux communautaires, des rapports étroits qu'ils entretiennent avec les communautés locales, des logiques d'action qui les caractérisent (militantisme, participation, réciprocité et expérimentation) et, surtout, de la nécessité de préserver ces conditions si l'on souhaite maintenir un environnement propice à l'émergence des innovations et des expérimentations au sein des milieux communautaires. Résultat : à partir des années 1980, l'État québécois se montre plus enclin à favoriser le développement et le financement d'un troisième secteur, constitué d'organismes sans but lucratif, aux côtés des secteurs public et privé pour l'assister dans sa mission sociosanitaire.

D'autre part, cette nouvelle orientation amène le MSSS à chercher de nouveaux arrangements institutionnels qui permettraient de protéger les milieux communautaires d'une trop grande inféodation aux priorités et aux contraintes du secteur public, afin de préserver leurs capacités d'innovations sociales. Certes, cette prise de conscience prend sa source dans des motivations d'ordre budgétaire et économique conséquente aux premiers signes d'épuisement du modèle providentialiste à la fin des années 1970. Mais elle provient également – outre évidemment les luttes pour la reconnaissance engagées par les groupes eux-mêmes – du travail de sensibilisation fait par certains acteurs de l'administration publique au sein même du Ministère. Pour ces fonctionnaires, les milieux communautaires représentent plus que de simples sous-traitants à rabais de services non offerts par le secteur public; ils constituent de nouveaux producteurs de services ayant leurs spécificités qui permettent d'intégrer des principes d'action (réciprocité, participation et expérimentation) évacués en bonne partie du système sociosanitaire par l'organisation bureaucratique et technocratique

du secteur public. En d'autres termes, l'apport des organismes communautaires permet au MSSS non seulement d'injecter de nouvelles ressources à peu de frais dans le système, mais surtout d'effectuer un saut qualitatif dans la fourniture de services à la population.

Cette évolution des rapports entre le secteur public et le tiers secteur va franchir une étape décisive au début des années 1990 avec la réforme Côté et le projet de loi 120. C'est alors le processus d'institutionnalisation lui-même qui va faire l'objet d'une innovation, notamment à travers les articles 334 et 335 du chapitre 42 et des modalités de financement issues du Programme de soutien aux organismes communautaires. Ces arrangements convergent alors pour modéliser une nouvelle approche quant à la contribution et au rôle des organismes communautaires au sein du système de santé et de services sociaux : maintien de l'autonomie des organismes malgré l'octroi de financement public, financement à la mission globale, reddition de comptes minimale, participation aux instances décisionnelles, évaluation négociée des pratiques, etc.

L'expérimentation sectorielle de nouveaux modes d'institutionnalisation au cours des années 1980 (groupes de femmes, maisons de jeunes et ressources en santé mentale) a ainsi constitué le prélude de la mise en place de certaines composantes d'un nouveau modèle de développement social. Ce nouveau modèle se caractérise alors par l'introduction de nouvelles logiques d'action au sein du système sociosanitaire, logiques qui ne sont pas étrangères à l'influence des principes de la critique artiste. Il se caractérise également par l'ouverture manifestée à l'égard de la contribution de nouveaux producteurs de services provenant du tiers secteur et de la formalisation de leur apport au système.

Dès lors, la mission universelle de l'État-providence et les dispositifs centralisés qui l'accompagnent doivent désormais trouver une articulation avec de nouvelles dynamiques centrées sur le territoire. En vertu de cette nouvelle approche territoriale, on souhaite répondre de manière plus ciblée aux besoins de certaines communautés locales et de certaines populations marginalisées. Le modèle de l'État-providence centralisateur et fournisseur de l'ensemble des services recule progressivement pour faire place à une approche davantage plurielle, tant en termes de producteurs de services que de logiques d'action à l'œuvre au sein du système sociosanitaire. Pour évoquer ces nouvelles approches, on a parlé « d'État accompagnateur » et plus récemment d'État social et même « d'État stratège » (Vaillancourt, 2007 ; Merrien, Parchet et Kernén, 2005 ; Lévesque, 2003 ; Noël, 1996). Dans tous les cas, ces approches mettent en relief le dépassement du modèle providentialiste, en soulignant la diversité des configurations que peuvent



prendre les politiques publiques qui ne peuvent se résumer à la mainmise d'une seule dynamique sur les services collectifs, qu'elle provienne du secteur public ou privé, ou du tiers secteur (Abrahamson, 1999; Boyer, 2006; Donzelot, 2007).

Ce qui ne veut pas dire que les forces du marché n'ont pas été actives au même moment. Mais on ne peut que constater que le tout néolibéral, que certains acteurs sociaux ont claironné dès le début des années 1980, ne s'est jamais vraiment matérialisé (du moins, jusqu'au début des années 2000). Il est vrai que certains des acteurs politiques impliqués dans les transformations de ce modèle – et au premier chef, le Parti libéral du Québec – ont pour un temps flirté avec l'idée d'une application plus marquée de la logique marchande et néolibérale au sein du système sociosanitaire, notamment par l'entremise de la privatisation de certains établissements, l'imposition du ticket modérateur et de l'impôt-service.

Rappelons qu'à l'époque le rapport du groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, présidé par Paul Gobeil, prônait l'abolition de toute une série d'organismes conseils, la privatisation de certains hôpitaux, le démantèlement des CRSSS, la décentralisation complète de la gestion des établissements et l'utilisation généralisée de la sous-traitance comme mode de production des services (Gobeil, 1986). Mais à l'instar de ce qu'a déjà observé Gilles Bourque pour les politiques industrielles (Bourque, 2000), et pour des raisons que nous avons bien exposées au chapitre 5, le gouvernement de Robert Bourassa a finalement reculé devant le tollé provoqué par certaines des propositions de ce rapport, ainsi que par certains des articles plus controversés de l'avant-projet de loi de Marc-Yvan Côté (1991). Le mouvement de privatisation a plutôt été circonscrit à certains domaines bien particuliers tels l'hébergement pour les personnes âgées, les services à domicile et les services auxiliaires dans les hôpitaux.

Il ne faudrait toutefois pas perdre de vue les avancées réalisées par la logique marchande au sein du système à cette époque. Cette percée s'est faite de manière plus subtile et moins spectaculaire que ne l'aurait été la privatisation d'établissements ou l'imposition de frais directs aux usagers des services. C'est plutôt par l'entremise de la question de l'efficacité du système (monde industriel) que se sont introduits les valeurs et les principes du secteur marchand. À cet égard, le tournant des années 2000 (notamment à travers la commission Clair) a constitué une période cruciale, révélatrice d'une dynamique en marche depuis les années 1980 et qui fait des établissements sociosanitaires le terrain d'application de principes de management inspirés du secteur privé, souvent désignés sous le vocable de nouvelle gestion publique (NGP). Nous traiterons plus en profondeur cet aspect de l'évolution du système sociosanitaire au point 7.

## CINQUIÈME CONSTAT

### La réciprocité comme principe d'action spécifique des services aux personnes

Les services aux personnes constituent un secteur d'activité particulier, où les intervenants et les producteurs de services doivent apprendre à composer avec un usager réflexif, c'est-à-dire un individu qui n'est pas un simple objet passif d'intervention. L'usager est aussi le sujet de son intervention ; il peut participer de son plein gré ou, au contraire, offrir des résistances implicites ou explicites aux traitements ou aux services qui lui sont proposés. Rentrent alors en jeu des considérations d'ordre social, familial, psychologique, affectif, voire moral ou religieux dans certains cas.

C'est pourquoi les principes de gestion du système axés sur des mesures standardisées et contrôlées semblent toujours en décalage eu égard à la demande exprimée par les usagers. On ne peut évaluer avec les mêmes méthodes instrumentales, utilisées pour la production de biens ou de services matériels, les dispositions et le temps requis pour la prestation de services aux personnes. Trop d'éléments échappent aux indicateurs de mesures traditionnelles des gestionnaires et des producteurs de service : l'histoire personnelle de l'usager, sa condition sociale, ses habitudes de vie, son environnement. Malgré son appartenance à diverses communautés, l'usager se révèle finalement un être unique, complexe, traversé par des besoins et des désirs multiples. Des logiques d'action autres que celles généralement mobilisées dans la production industrielle (le contrôle des temps de production, le rythme des processus, la rationalisation des ressources) doivent donc être sollicitées pour fournir des services sociaux et de santé. Parmi ces logiques d'action, il y a bien sûr la participation qui donne une légitimité et une visibilité au processus de coproduction du service (relation avec l'intervenant) et qui peut permettre aux usagers de prendre part collectivement aux processus politiques menant à la configuration des services.

Mais nous avons vu que d'autres logiques d'action entrent également en ligne de compte dans la construction des services en santé et services sociaux. Parmi celles-ci, le don et la réciprocité occupent une place fondamentale qui va bien au-delà du bénévolat traditionnel<sup>5</sup>. En fait, le don trouve des formes d'expression même dans le travail rémunéré des producteurs de services : le contact, l'écoute, le réconfort, l'encouragement, la communication, la participation, la mobilisation. Ces fonctions qu'on

---

5. Le don se retrouve également, à divers degrés, dans l'entreprise privée et dans des secteurs d'activité divers. La constance est toutefois son refoulement aux marges des principes d'action qui façonnent ces organisations.

s'attend à retrouver chez les fournisseurs de services, qu'ils soient professionnels ou non, font rarement l'objet d'une codification formelle, que ce soit à l'intérieur des définitions de postes de l'employeur ou des conventions collectives syndicales. Or, il y a là des enjeux importants touchant notamment la qualité du service qui n'est plus simplement affaire de gratuité et d'accessibilité pour les usagers. Comme l'ont exprimé les nouvelles revendications formulées par les groupes d'usagers, des demandes touchant la dimension relationnelle du service sont graduellement venues se superposer aux exigences d'universalité auxquelles devait initialement répondre l'État-providence.

La logique de la réciprocité s'est alors juxtaposée de manière plus ou moins harmonieuse aux principes d'efficacité et d'efficacités propres au monde de la production industrielle. Car c'est sur une base individuelle plutôt que collective que s'accomplit la coordination de ces diverses logiques d'action au sein du réseau public puisque les modes d'organisation des services instaurés sous l'État-providence n'ont pas véritablement intégré les principes d'action inhérents à la logique du don, l'objectif de l'État-providence étant plutôt de rendre accessibles au plus grand nombre des services de qualité, fournis par des professionnels dans une optique d'amélioration générale de la santé et du bien-être des populations. Or, la société a évolué depuis les années 1970 et les exigences pour les services collectifs aussi : la demande pour des services professionnels accessibles est toujours présente, mais elle s'accompagne désormais de revendications d'ordre plus qualitatif de la part des usagers. Parallèlement, la science a progressé concernant l'étude de la production des services, particulièrement des services relationnels. Ces recherches démontrent la nécessité de tenir compte du rôle joué par les usagers dans son rapport avec l'intervenant et du caractère irrépressible de cette implication dans la production des services (Laville, 2001 ; Fustier, 2000 ; Gadrey, 1990).

Résultat : on assiste à une superposition éclectique des diverses logiques d'action et à des luttes d'influence de la part des acteurs qui adhèrent à ces différentes logiques au sein du réseau public. Conséquence de ces luttes : la logique réciprocitaire s'est davantage développée en marge du système, à travers l'essor des organismes communautaires, tout en étant appuyée par l'État qui va graduellement lui accorder, à partir des années 1980, certains moyens nécessaires à son développement, et ce, même si plusieurs les jugent modestes, voire insuffisants.

Pour comprendre ce changement de cap, il a fallu suivre la trajectoire historique de transformation de l'État au cours des trente dernières années. L'échec du processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires (transformées en CLSC) a pour un temps convaincu les autorités gouvernementales de l'incapacité du réseau public d'intégrer de manière significative la

logique réciprocaire et participative dans le réseau public. L'étude que nous avons réalisée a montré comment cette dynamique allait plutôt, par la suite, être soutenue en extériorité au secteur public et être exportée en quelque sorte au sein du tiers secteur par l'entremise du Programme de soutien aux organismes communautaires. Les modalités particulières de ce programme de financement ont ainsi eu pour effet de maintenir vivant, en parallèle du secteur public, un ensemble d'organisations aux caractéristiques que plusieurs, même au sein de la classe politique et administrative, auraient souhaité voir s'appliquer au secteur public lui-même : souplesse des organisations, polyvalence des intervenants, participation des usagers, innovation dans les pratiques, rapports de proximité avec les communautés, etc.

Or, l'insertion de tels principes dans le secteur public se trouvait compromise par la nature même des dispositifs centralisés de l'État-providence qui laissaient peu de place aux arrangements locaux, tant du point de vue des rapports de travail que de celui des rapports de consommation des services. Ces principes menaçaient également la pratique établie de plusieurs gestionnaires, groupes de professionnels et fournisseurs de services. Leur application aurait remis en question l'équilibre des forces entre ces acteurs. Les résistances aux changements sont donc à chercher autant dans les formes structurelles prises par le système que dans les rigidités associées aux jeux d'influence corporatiste menés par plusieurs groupes de gestionnaires, de professionnels et de syndicats<sup>6</sup>. L'État québécois a tenté de répondre à ces blocages par l'application accrue – pour ne pas dire presque obsessionnelle – des logiques d'efficacité et d'efficacité au sein du système, une stratégie qui s'est traduite par l'imposition croissante de pratiques et de modes d'organisation des services se prêtant davantage à la « calculabilité » : informatisation de l'information, protocole d'intervention plus strict, emprunt aux modes de gestion marchand, etc.

Mais cette stratégie, dérivée des modes de production industrielle, a montré elle aussi ses limites en dehors de toute action visant à intégrer les différentes logiques d'action à l'intérieur du système. À cet égard, la réforme Côté en 1991 se présente comme une seconde tentative (après la création des CLSC) d'intégrer cette logique de réciprocité et de participation à la fois au sein du réseau public, par la participation des usagers aux conseils d'administration des établissements et des régies régionales, et du système dans son ensemble par la reconnaissance officielle des

---

6. Rappelons que ces positions corporatistes étaient l'un des principaux constats émis par la commission Rochon pour expliquer les difficultés du système à s'adapter aux transformations de la demande de services.

organismes communautaires comme nouveaux producteurs de services. Mais plutôt que de miser sur un seul établissement (les CLSC), comme l'avaient fait les artisans de la réforme Castonguay-Nepveu, la réforme Côté met en place de nouveaux arrangements reconnaissant le principe de pluralité des producteurs de services au sein du système par la reconnaissance officielle des organismes communautaires. Le compromis à la base de cette réforme accordait ainsi un espace plus large d'autonomie à la dynamique réciproitaire, à l'inverse des années 1970 qui avaient été le théâtre d'une tentative d'intégration hiérarchique de cette même logique à travers l'étatisation des cliniques communautaires.

La logique réciproitaire a ainsi indéniablement accru son influence sur l'ensemble du système au cours des années 1990. Or, cette expérience de démocratisation et de régionalisation a pris fin abruptement au tournant des années 2000, avec l'adoption de certaines mesures législatives telles l'abolition des postes électifs aux conseils d'administration des régies régionales (Loi 24), la fusion d'établissements au sein des CSSS (Loi 25) et le projet de loi 83 donnant naissance aux projets cliniques. Comment expliquer ce revirement de situation? Ce recul est-il imputable à un constat d'échec d'insertion de la logique réciproitaire comme stratégie de solutions (au moins partielle) à la crise presque permanente du système socio-sanitaire? D'autres facteurs sont-ils à considérer? Pour tenter d'apporter des réponses à ces questions, il faut élargir la discussion et faire entrer en jeu de nouveaux éléments d'analyse.

## SIXIÈME CONSTAT

### Un « *Welfare Mix* » à deux vitesses

L'abandon de l'expérience de démocratisation et de régionalisation à la fin des années 1990 ne peut se comprendre sans évoquer les divisions qui ont continué à marquer le développement des services de santé par rapport aux services sociaux, et ce, même après leur intégration au sein d'un même ministère en 1971 (ministère des Affaires sociales). Ce constat n'est pas nouveau. La décision des artisans de la réforme Castonguay-Nepveu de faire porter le poids de l'ensemble des transformations qu'on voulait apporter au système par les CLSC découle pour une bonne part des blocages anticipés dans les établissements déjà constitués tels les hôpitaux. On croyait à l'époque que les pratiques alternatives développées dans les CLSC pourraient graduellement s'étendre à l'ensemble des autres établissements, autant en santé qu'en services sociaux. Or, dès le départ, la lutte des médecins contre la pratique médicale en CLSC a compromis la réforme et mis fin à toute velléité de transformation générale du système à partir des innovations mises en place dans les cliniques communautaires.

De fait, l'acteur médico-hospitalier est toujours demeuré assez imperméable aux influences émanant de l'extérieur de son propre champ de compétence. Nous avons déjà souligné ce phénomène inhérent à la médecine moderne. Le capital de reconnaissance symbolique dont jouit l'acteur médical et les ressources humaines et financières colossales investies historiquement dans ce domaine viennent renforcer le poids déjà lourd de cet acteur dans le système. L'influence des milieux médicaux et hospitaliers est si grande qu'elle leur accorde pratiquement un droit de veto sur les transformations du système, tout au moins sur celles qui touchent les services de santé. Or, l'ampleur des ressources investies dans ce créneau a des répercussions sur l'ensemble des services et, plus particulièrement, sur l'autre grande composante du réseau : les services sociaux.

À plusieurs égards, ces derniers font figure de parents pauvres du système. Malgré la volonté des artisans de la réforme de 1971 d'intégrer les services de santé et les services sociaux dans un même ministère afin de favoriser leur complémentarité, force est de constater l'autonomisation croissante de la dimension sanitaire qui semble faire évoluer le système en fonction d'enjeux qui lui sont propres : déficits hospitaliers chroniques, problème de répartition des effectifs médicaux, augmentation du coût des médicaments, hausse des coûts de la technique et de l'appareillage biomédical, etc. Cette augmentation des coûts rattachés à la médecine moderne et au fonctionnement du système hospitalier n'a pas cessé de grever les budgets associés à la mission sociosanitaire de l'État au cours de la période que nous avons étudiée, malgré la volonté de tous les gouvernements qui se sont succédé de freiner l'hémorragie. Mais plus encore, les acteurs de la santé ont tendance à imposer leurs logiques d'action au sein du système dans son ensemble, une logique fortement teintée par les rapports hiérarchiques et professionnels, la présence de médecins entrepreneurs et de lourds dispositifs technologiques ainsi que la domination de pratiques hétéronomes favorisant la reproduction de la demande de services.

Or, les milieux communautaires sont pratiquement absents des services de santé, du moins si on les considère dans leur dimension curative. Au plan sanitaire, leur rôle se situe davantage en amont, par une intervention sur les principaux déterminants sociaux de la santé : revenu, scolarité, emploi, habitation, insertion, etc. Leur présence se fait donc plus sentir dans les services sociaux, compte tenu du moins grand formalisme des pratiques associées à ces services et de leur objectif général de création ou de restauration du lien social qui les rapproche davantage des principes d'action des milieux communautaires. Dès lors, la nature même des services sociaux favorise l'implantation d'innovations sociales comme celles observées dans les organismes communautaires, des innovations ayant un caractère

immatériel (capacités de participation, de mobilisation et d'interaction avec les individus et les communautés) faisant principalement appel à la logique de la réciprocité et de la participation (Ion, 2006). Quant aux services de santé, leur évolution fluctue davantage au gré d'innovations technologiques ou biomédicales, des dispositifs matériels plus facile à circonscrire et à contrôler par les gestionnaires de services.

En d'autres termes, la logique industrielle de maîtrise des processus et de calculabilité des coûts – qui a toujours été étroitement associée à la logique marchande dans nos sociétés – exerce une influence plus grande sur les services de santé que sur les services sociaux. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les milieux médicaux constituent un terreau fertile pour l'implantation de certaines formes de management empruntées au secteur privé comme la NGP. La pratique de la médecine moderne, avec son organisation quasi tayloriste, son recours à une instrumentalisation sophistiquée, ses éléments d'évaluation « calculables » (nombre d'opérations, nombre de lits requis, coûts des interventions chirurgicales, etc.) et ses médecins entrepreneurs de plus en plus spécialisés, demeure un secteur de production de services fortement imprégné par la logique de la production industrielle. Dès lors, la sphère d'influence des milieux communautaires étant confinée en bonne partie aux services sociaux, il en résulte une diffusion inégale des logiques de participation, d'innovation sociale et de réciprocité au sein des diverses composantes du système.

En d'autres termes, l'État-providence a subi, de manière inégale l'influence du tiers secteur et du secteur marchand au cours des trente dernières années. Car au-delà du rôle croissant joué par ces deux secteurs dans la production directe des services depuis les années 1980, les logiques d'action inhérentes à chacun d'entre eux ont entraîné de profondes transformations dans le fonctionnement même du secteur public. Ce phénomène, qui s'apparente à la constitution d'un nouveau modèle d'intervention publique appelé « *Welfare Mix* » ou « *Welfare Pluralism* », rend compte d'un processus d'hybridation des organisations qui tendent désormais à se structurer à partir d'une pluralité de principes d'action (Evers et Laville, 2004).

Or, comme nous l'avons indiqué, ces divers principes d'action ne se sont pas fait sentir de manière semblable selon qu'on se réfère aux services de santé ou aux services sociaux. Si la gestion du réseau public dans son ensemble semble avoir intégré de manière croissante certaines modalités de fonctionnement du secteur privé, c'est dans les services de santé que cette logique a eu le plus de succès. Prime de rendement des gestionnaires, focalisation sur l'expertise en gestion des administrateurs, sous-traitance de certains services, ouverture à la privatisation de certaines

interventions chirurgicales : la crise récurrente qui frappe les services de santé entraîne dans certains milieux une remise en question du monopole public à partir d'une expertise tirée de logiques d'action provenant du secteur marchand. La présence de médecins entrepreneurs au sein du système n'est certes pas étrangère à cette situation qui a pour effet de perpétuer la logique binaire qui marque les débats autour de la transformation de l'État-providence : étatisation ou privatisation des services. Au surplus, fortement imprégnés de la logique industrielle, les services de santé évoluent dans une conjoncture organisationnelle et institutionnelle qui les rend plus poreux à la privatisation, un débat récurrent au Québec depuis les années 1980 et qui a refait surface avec encore plus d'acuité en 2005 avec le jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli<sup>7</sup>. Soulignons toutefois que le domaine de la santé s'est ouvert modestement à la logique de participation citoyenne depuis le début des années 2000 avec l'avènement des coopératives de santé. Cette ouverture vise principalement à répondre à la pénurie d'effectifs médicaux qui frappe les régions depuis quelques années (CCQ, 2006).

Quant aux services sociaux, ils ont été plus touchés par une pluralité de logiques d'action que les services de santé, du moins au plan de l'offre de services et des pratiques. Non pas que les établissements de services sociaux n'aient pas eux aussi eu à composer avec une pénétration plus grande des principes marchands et industriels. Tout autant que les établissements de la santé, ils sont tenus de se conformer aux grandes orientations du Ministère. De plus, historiquement, ces services ont connu des épisodes de privatisation plus importants que les services de santé. Pensons notamment aux services d'hébergement pour les personnes âgées ou à certains services à domicile. Mais de manière générale, leur objet d'intervention et leur proximité avec les milieux communautaires (notamment par l'entremise des CLSC) les ont davantage exposés à une pluralité de logiques d'action. Que ce soit dans le domaine des services de soutien à domicile, des services aux jeunes et aux femmes, en santé mentale ou en insertion sociale, l'influence des milieux communautaires sur les pratiques du secteur public s'est révélée déterminante. Plus que leur rôle dans l'offre de services complémentaires, leur capacité d'innovation a forcé le secteur public à se transformer afin de tenir compte des pratiques alternatives développées par le tiers secteur. Comme nous l'ont signalé plusieurs informateurs, l'influence des organismes

---

7. Dans cette cause, rappelons que deux citoyens du Québec, le docteur Jacques Chaoulli et Georges Zeliotis, contestaient la loi québécoise qui interdit de contracter une assurance privée pour certaines chirurgies et certains soins médicaux.



communautaires dans les services sociaux est désormais si décisive que l'État ne pourrait aujourd'hui envisager leur retrait sans une désorganisation complète de ses propres services.

On peut d'ailleurs penser que ce constat est partagé par l'État, et de ce fait que le rôle crucial joué par les milieux communautaires dans les services sociaux participe à la constitution d'un rapport de force certain avec les autorités gouvernementales. Malgré les contraintes budgétaires importantes qui ont frappé le système sociosanitaire au cours des vingt dernières années, le MSSS a toujours continué de financer les organismes sur la base de leur mission globale à travers le PSOC. Or, en soi, la pérennité de ce programme rend compte du rapport de force que les milieux communautaires ont réussi à établir avec l'État québécois. À bien des égards, les modalités d'octrois du PSOC vont à l'encontre des principes de mesure et de contrôle (logique industrielle) qui ont toujours modelé la gestion du Ministère. Certes, les organismes doivent se conformer à un certain nombre de règles pour obtenir des subventions. Mais de l'avis de tous ceux et celles que nous avons interrogés, ces modalités ne constituent pas des contraintes significatives pour l'autonomie et du fonctionnement des organismes. Elles participent plutôt d'un compromis institutionnel respectueux des responsabilités qui incombent à chacun des acteurs concernés, et qui permet d'articuler de manière originale différentes logiques d'action au sein du système sociosanitaire. Ces nouveaux arrangements entre le MSSS et le tiers secteur auront permis à l'État québécois de maintenir un certain contrôle sur l'allocation de ressources dont il est le fiduciaire au nom de la collectivité, tout en s'assurant que la gestion qui en découle soit suffisamment souple et adaptée pour permettre aux organismes communautaires de jouir de l'autonomie nécessaire à l'émancipation de leurs pratiques. C'est là une condition essentielle pour favoriser l'émergence d'innovations sociales et maintenir l'offre de services de proximité dans les milieux communautaires.

Les services de santé et les services sociaux évoluent donc dans le cadre d'une articulation différente des logiques d'action qui se déploient au sein du système. Cette situation rend compte d'un « *Welfare Mix* » à deux vitesses qui tend à introduire davantage les principes d'action du secteur marchand au sein de la pratique médico-hospitalière, alors que les pratiques sociales subissent davantage l'influence de la logique réciproitaire. Ce qui ne signifie pas que d'autres principes d'action puissent également façonner à divers degrés la configuration respective de ces deux domaines de services. Les services sociaux – notamment dans leurs composantes publiques – ne peuvent certainement pas échapper à l'influence du modèle marchand-industriel, ne serait-ce qu'en raison des modes de gestion administratifs qui traversent l'ensemble des établissements du

réseau public. De la même manière, la dynamique réciprocaire n'est pas complètement absente des services de santé. Elle reste toutefois portée de manière individuelle par les producteurs de services en vertu d'une éthique de l'intervention certes souhaitable et nécessaire, mais qui ne donne aucune prise à un véritable processus d'institutionnalisation qui permettrait d'apporter un renouvellement aux structures de services et aux pratiques d'intervention. Cette fragmentation des logiques d'action en fonction du type de services dispensés participe au contraire d'un double standard qui accroît l'incohérence du système et réduit les possibilités d'intégration « fluide » des services au sein d'un même continuum.

## SEPTIÈME CONSTAT

### Un retour à l'hospitalocentrisme marqué par l'implantation des pratiques de la nouvelle gestion publique

C'est en grande partie afin de reprendre en mains la situation budgétaire des hôpitaux que les gouvernements, tant péquistes que libéraux, ont mis un terme à l'expérience de régionalisation et de démocratisation du système à la fin des années 1990. En dépit des bienfaits apportés par cette réforme au plan des ressources investies en faveur de certains services de première ligne, notamment ceux offerts par les CLSC et les organismes communautaires, la poursuite de la dérive budgétaire des centres hospitaliers a conduit les gouvernements successifs à réaligner le système en fonction d'une reprise de contrôle des ressources consenties au secteur de la santé.

Ce retour à l'hospitalocentrisme et à une gouvernance plus autoritaire et hiérarchique rend compte encore une fois de l'influence prépondérante des milieux de la santé sur celui des services sociaux au sein du système sociosanitaire. Il rend compte également d'une double orientation dans le système qui n'est pas étrangère à certains paradoxes de l'action gouvernementale depuis la fin des années 1990. D'une part, le MSSS publie un cadre de référence et un plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire qui, même s'ils limitent la croissance des ressources financières accordées aux organismes communautaires, renouvelle la position gouvernementale quant à la reconnaissance et l'autonomie des organismes (MSSS, 2004a et b). Mais, d'autre part, au même moment, le gouvernement libéral de Jean Charest amorce une réforme (réforme Couillard) empreinte d'ambiguïtés quant aux rapports qui devront se développer à l'avenir entre les organismes communautaires et les centres de santé et de services sociaux (CSSS), de nouvelles

instances locales ayant pour mission de coordonner l'ensemble des organismes et établissements (publics, privés et communautaires) présents sur leur territoire.

Cette réforme découle en droite ligne des principes de la nouvelle gestion publique (NGP), une école de pensée en administration publique qui fait la promotion de pratiques managériales provenant du secteur marchand et qui met l'accent sur l'atteinte de résultats en misant sur l'imputabilité des acteurs qui fournissent les services ainsi que sur la mise en place d'incitatifs à la performance. En santé et services sociaux, l'application des principes de la NGP s'est traduite par un renforcement du pouvoir politique au détriment du pouvoir des administrations régionales et des organismes communautaires sur l'orientation des services. La transformation des régies régionales en agences de santé et de services sociaux en 2001 et la réforme de leur conseil d'administration sur la base d'une cooptation d'administrateurs possédant une expertise en gestion témoignent du virage pris en faveur d'une approche « mesurable » des résultats et des « performances » du système (MSSS, 2004c). Cette nouvelle orientation a réduit à peu de chose le pouvoir que les organismes communautaires avaient réussi à obtenir au plan régional depuis 1991, leur logique d'action se combinant mal aux nouveaux dispositifs de gestion et d'évaluation mis en place.

La création des Centres de santé et de services sociaux en 2003 a constitué la seconde étape de ces transformations qui déplaçaient le centre de gravité du système du palier régional au palier local. Or, ce déplacement semble correspondre davantage à une opération de déconcentration qu'à un véritable processus de décentralisation. En vertu de ce nouveau modèle en gestation, les grandes orientations et la détermination des priorités budgétaires échoient à l'instance centrale, alors que les acteurs administratifs sont mandatés pour faire les arbitrages budgétaires qui en découlent au plan local. C'est dans ce contexte qu'intervient la question des ententes de services puisque qu'elles sont perçues par le Ministère comme un moyen privilégié d'assurer l'intégration des services tout en respectant le cadre financier défini par le Ministère. Or, ce type d'entente contrevient aux principes de base des rapports qui se sont développés historiquement entre le MSSS et les milieux communautaires à travers le PSOC. Les ententes de services se définissent davantage comme une opération de sous-traitance supervisée par un État déterminant unilatéralement les conditions de l'offre des services.

Certes, l'objectif d'imputabilité des acteurs sur la base d'une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être d'une population donnée (responsabilité populationnelle) rend compte d'un souci d'efficacité qui a souvent fait défaut au système. Même chose pour la fusion des établissements au

sein des CSSS qui en principe doit répondre au besoin d'une meilleure intégration des services. Cette intégration doit mettre un terme aux jeux de pouvoirs observés depuis trois décennies entre les différents établissements publics; jeux de pouvoirs qui étaient, selon la commission Rochon, l'un des principaux obstacles à l'avènement d'un système intégré et cohérent par rapport aux objectifs de santé et de bien-être. Or, la fusion administrative d'établissements aux missions, aux budgets et au capital d'influence différenciés est loin de garantir la cohésion recherchée par le Ministère. D'une part, on voit mal comment ces jeux de pouvoirs pourraient soudainement cesser et ne pas tout simplement se transposer dans le fonctionnement interne des conseils d'administration des CSSS. D'autre part, cette cohésion pourrait bien se réaliser en vertu de la marginalisation des acteurs et des organisations à vocation sociale, moins influentes au sein du système que les acteurs médico-hospitaliers. D'autant plus que les territoires de référence des CSSS correspondent davantage aux territoires de desserte des centres hospitaliers (CH) et que pas moins de 60 des 95 CSSS au Québec comptent au moins un CH (Bourque, 2006).

Dans ces conditions, il est difficile de ne pas conclure au retour en force de l'hospitalocentrisme dans le modèle de développement social au Québec. Ce constat a d'ailleurs été fait par plusieurs acteurs sociaux depuis le début des années 2000 qui expriment leur mécontentement de voir leurs actions subordonnées aux besoins et aux objectifs de réduction des coûts du système sociosanitaire. Quant aux organismes communautaires, l'enjeu se situe dans le maintien des compromis permettant à leurs actions spécifiques de se déployer, malgré la présence encore plus envahissante des logiques d'efficacité et d'efficacité au sein du système (logique industrielle). Ce maintien des compromis passe d'abord par la pérennité du PSOC. Qu'on le veuille ou non, l'autonomie des organismes est garantie avant tout par leur capacité d'exercer leurs actions en dehors de contraintes financières liées à l'atteinte d'objectifs de performance mesurés à partir de dispositifs d'évaluation peu compatibles avec leurs logiques d'action. Ils doivent donc négocier leur participation au système sur la base d'ententes qui reconnaissent l'originalité de leurs actions. Cette spécificité renvoie à leur capacité de mobiliser, plus que les secteurs public et marchand, certaines logiques d'action qui jouent un rôle crucial dans la prestation des services aux personnes (participation, réciprocité, innovation et proximité) et qui, paradoxalement, sont la condition, comme nous l'avons déjà signalé, de l'optimisation de leur «performance» en regard de la santé et du bien-être des communautés.

Or, considérée à partir d'une logique de calculabilité industrielle, l'action des milieux communautaires engendre de nombreuses incertitudes: incertitudes quant aux coûts des services (financement selon la mission

globale induisant un large spectre d'interventions sur lequel les administrateurs ont peu de contrôle), incertitudes quant aux temps requis pour l'intervention (difficulté de mesurer le temps nécessaire à la mobilisation et à l'*empowerment* des communautés) et incertitudes sur la détermination des effets à court, moyen et long terme de l'intervention (effets souvent préventifs se prêtant de manière moins immédiate aux processus standards d'évaluation). Incertitudes également parce que les milieux communautaires opèrent dans le domaine des services sociaux qui offrent moins de prise aux dispositifs comptables de la NGP<sup>8</sup>. Incertitudes enfin d'ordre épistémologiques, car leur action peut parfois aller à l'encontre du savoir et des mesures préconisées par les experts, un savoir managérial mobilisé de manière importante par la NGP et légitimé également en vertu du recours accru à des interventions basées sur le modèle des données probantes (*evidence-based model*). Ce modèle postule en effet qu'en mettant en œuvre les pratiques d'intervention ayant fait l'objet d'une vérification empirique (la mesure des données probantes), ces pratiques deviendront plus efficaces et permettront un meilleur contrôle des coûts (Lecomte, 2003). Pratiques managériales et pratiques épidémiologiques se conjuguent donc ici, à travers une philosophie commune de rationalité instrumentale, pour renforcer la logique de production industrielle dans le domaine sociosanitaire.

Mais il ne faudrait pas pour autant considérer la situation uniquement à travers le prisme des déterminismes engendrés par les rapports de force inégaux observés entre les différents acteurs au sein du système. Les milieux communautaires jouissent également de certains atouts dans cette conjoncture qui peut, de prime abord, leur sembler défavorable. Le compromis que ces organisations ont réussi à établir entre les principes de la critique sociale (justice sociale, sécurité et égalité) et ceux de la critique artiste (autonomie, création et liberté) constitue une innovation qui s'offre comme alternative à la fois au providentialisme (centré en priorité sur les principes de la critique sociale) et au néolibéralisme (centré en priorité sur les principes de la critique artiste). Ce compromis original constitue en fait à plusieurs égards une réponse aux nouveaux enjeux soulevés par l'évolution des sociétés industrielles. Il s'agit en effet, pour une bonne part, de trouver des réponses adaptées aux besoins sociosanitaires dans le contexte général de sociétés traversées par des aspirations d'autonomie, d'authenticité et d'individualité tant chez les individus que chez les communautés (Jetté, 2007).

---

8. Comme les gestionnaires des CSSS vont être évalués à partir des résultats atteints, on peut penser qu'ils auront intérêt à miser sur ce qui est mesurable et comptabilisable. À ce titre, l'application de mesures de calculabilité se prête davantage à la dimension sanitaire que social des services: nombre d'opérations, coûts des opérations, planification des ressources mobilisées, etc.

Or, l'État-providence a été conçu pour répondre à des besoins massifiés et pour traiter de manière uniforme les conditions de vie des individus et la trajectoire de développement des communautés. Cela s'est traduit par l'application de programmes standardisés visant à répondre à des besoins définis selon des normes abstraites découlant d'une approche essentiellement technocratique qui avait pour effet d'occulter les besoins particuliers et les spécificités des individus et des communautés.

Malgré les avancées certaines réalisées par l'entremise de l'État-providence, on observe une généralisation des critiques envers plusieurs des institutions providentialistes, et ce, tant par les tenants d'un renouvellement de la social-démocratie que par les partisans du néolibéralisme. Chacun de ces groupes tente d'apporter des réponses aux insuffisances de l'État-providence en fonction de ses priorités et de sa grille d'analyse. Mais, paradoxe des temps modernes (et source de confusion pour certains), chacune de ces visions propose des réformes dont les termes peuvent parfois s'apparenter (par exemple, la territorialisation des politiques publiques ou le nouveau partage des responsabilités dans les services publics), même si leurs modalités d'application divergent sensiblement à la fois dans leur nature et dans leur objet. Dès lors, la question que l'on doit se poser est celle-ci: qu'est-ce qui distingue ces différents acteurs dans leur projet visant à transformer l'État-providence?

La réponse à cette question pourrait faire l'objet d'une étude en soi. Mais à défaut de nous engager ici dans un tel projet (qui dépasserait l'objectif de cet ouvrage), nous pouvons tout de même en livrer quelques éléments tirés de nos résultats de recherche. Précisons d'abord que dans notre perspective, le néolibéralisme s'avère en quelque sorte la construction la plus achevée d'un modèle de développement façonné majoritairement par les logiques de la critique artiste (avec ses principes d'autonomie et de liberté individuelle notamment) en l'absence de références significatives à des dispositifs collectifs de protection sociale issus des principes de la critique sociale (justice sociale, égalité, sécurité). L'absence de dispositifs collectifs signifie entre autres une délégation de responsabilités au plan local et régional en l'absence de soutien à des dispositifs de démocratie participative (refus de la démocratie plurielle et exaltation de la démocratie représentative); l'absence de mesures collectives de protection sociale contre les risques sociaux qui doivent alors être assumés par les individus (pour le travail) et les familles (pour le soutien aux personnes dans le besoin); et l'encouragement au développement de l'entrepreneurship individuel par une application sans contraintes des règles du libre marché et de la concurrence comme dynamique structurante du développement des communautés. Un projet qui se construit donc sans compromis avec les principes de la critique sociale.

Ainsi, la déconcentration, la délégation de pouvoirs accompagnés de coupures budgétaires, le relâchement de la fonction régulatrice de l'État central envers les territoires ou, au contraire, son imposition autoritaire, l'absence de processus démocratique dans la territorialisation des politiques publiques sont autant de scénarios qui peuvent être associés à une avancée des régulations marchandes au sein de la société plutôt qu'à une véritable redéfinition des fonctions de l'État. Ces scénarios favorisent la régulation marchande de trois manières : ils exposent les collectivités à des processus d'effritement et d'isolement, ils délèguent des responsabilités sans accorder en retour de moyens pour les assumer et ils prêtent le flanc à la prise de pouvoir de groupes puissants mieux organisés. Laissés à eux-mêmes, et sans balises pour contenir les dérives possibles, les principes d'autonomie et de liberté associés à la critique artiste entraînent alors une perte globale de cohésion de l'État sur l'ensemble des territoires et, à l'intérieur de ceux-ci, une déconstruction des solidarités qui encourage la lutte entre les acteurs pour l'obtention des ressources disponibles (principe de concurrence). Ce modèle tend à favoriser une approche presque exclusivement économique des problématiques sociales qui se traduit par des rationalisations budgétaires et une décroissance des services publics, l'objectif étant de sauvegarder l'équilibre des finances publiques puisqu'il s'agit là de l'ultime mesure de performance du système.

À l'inverse, une décentralisation négociée et balisée avec des instances publiques assurant un leadership à la fois fort et souple de l'État central, une délégation de pouvoirs permettant à une diversité d'acteurs locaux d'avoir voix au chapitre sur les orientations mêmes des politiques publiques (plutôt qu'uniquement sur les moyens de leur mise en application) et l'offre par l'État de ressources suffisantes pour construire et assurer le fonctionnement de véritables dispositifs de soutien et de gouvernance locale et territoriale sont autant de conditions favorables à une reformulation plus solidaire de certaines logiques d'action de l'État-providence. Dans ce modèle, les principes d'autonomie, d'initiatives et de proximité renvoient davantage à des arrangements favorisant l'action collective et négociée, plutôt qu'à des initiatives individuelles et imposées. La concertation et la coopération entre les acteurs locaux, la négociation de compromis avec l'État central dans l'application des programmes, le développement de moyens et d'espaces permettant l'expérimentation de solutions adaptées aux particularités territoriales sont alors priorités comme mode d'action axé sur le développement social. On met ainsi en application le principe d'innovation sociale en dehors des schèmes de la simple viabilité économique afin de viser un objectif plus large de rentabilité sociale.

Dès lors, il apparaît évident, à la lumière de nos résultats de recherche, que ce processus de transformation de l'État-providence – au Québec du moins – s'est accompagné d'une participation accrue des organisations du tiers secteur au développement social, en raison précisément du compromis original qu'elles ont réussi à forger entre les principes de la critique sociale et ceux de la critique artiste. Certes, ce compromis reste fragile et instable, étant donné le paradoxe même inhérent à la mise en tension de logiques d'action parfois antinomiques au sein d'un même projet : collectif/individuel, universel/spécifique, centralisation/décentralisation, institutionnalisation/expérimentation. À tout moment, l'équilibre de ce compromis risque d'être déstabilisé et de basculer en faveur de l'un ou l'autre de ses pôles.

Cette dérive peut toutefois être évitée à condition de mettre en place des arrangements institutionnels négociés respectant la mission fondamentale de chacune des parties concernées et permettant aux différents acteurs sociaux de poursuivre les objectifs visés par les principes d'action mis en jeu. C'est le cas du PSOC, un programme de financement (et donc un arrangement institutionnel) qui réussit à établir un compromis entre, d'une part, les principes de participation, d'innovation et de réciprocité des milieux communautaires et, d'autre part, les principes d'imputabilité, d'efficacité, de mesure et de contrôle budgétaire dérivés des principes de la logique industrielle appliqués au domaine de la santé et des services sociaux. Le relatif consensus que nous avons été en mesure d'observer à l'égard de ce programme – tant chez les acteurs des milieux communautaires que chez ceux du secteur public – constitue une preuve qu'il est possible, au-delà des intérêts divergents des acteurs, de trouver des espaces de conciliation qui soient compatibles avec diverses logiques d'action au sein d'un même système ou d'une même organisation.

À cet égard, l'histoire de la reconnaissance des milieux communautaires en santé et services sociaux se révèle riche d'enseignements puisqu'elle permet de retracer les conditions de mise en place d'un tel compromis qui a mené à l'émergence d'un nouveau type de rapport entre l'État et le tiers secteur. Ce nouveau modèle a émergé de la crise de l'État-providence, mais aussi des luttes incessantes des milieux communautaires qui ont forcé l'État à négocier un compromis inédit entre des formes de coordination de services que l'on croyait jusque-là irréciliables. La mise en valeur de ce type d'arrangements est cruciale parce qu'elle pourrait bien constituer un frein à la poussée de privatisation de certains segments des services sociaux et surtout de services de santé. Coincé entre les défenseurs du modèle providentialiste et les adeptes du tout au marché, le tiers secteur communautaire a tout intérêt



à faire valoir le caractère particulier des rapports qui l'unit au secteur public dans un domaine névralgique où la «non-lucrativité» des organisations productrices des services restera toujours un puissant signal de confiance auprès des usagers.



---

# CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude que nous avons menée sur les rapports entre les organismes communautaires et le MSSS, de 1971 à 2001, montre que le PSOC s'est graduellement révélé une forme institutionnelle structurante du renouvellement du modèle québécois de développement social. Ce nouveau modèle se différencie du modèle providentialiste, notamment par l'espace qu'il accorde au tiers secteur et par les arrangements qui régissent les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires. D'abord expérimentés sur un plan sectoriel au cours des années 1980, ces modes d'institutionnalisation vont s'étendre à l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux au cours des années 1990 et finalement faire l'objet d'une application générale à tous les ministères du gouvernement québécois au tournant des années 2000. L'institutionnalisation des organismes communautaires en santé et services sociaux sera ainsi passée, sur une période de trente ans, d'un mode d'intégration hiérarchique caractérisé par l'hégémonie des dispositifs techno-bureaucratiques et basé sur le principe de la redistribution, à

un mode de coordination faisant appel à une multiplicité de principes d'action et à la reconnaissance de l'apport des producteurs de services du tiers secteur communautaire en santé et services sociaux.

Dès lors, quatre caractéristiques principales font en sorte que le PSOC a été et continue d'être un programme structurant à la fois pour les milieux communautaires et pour le modèle québécois de développement social :

1. par l'ampleur des sommes qui y transitent qui sont les plus importantes accordées à des organismes communautaires par un programme de financement du gouvernement québécois ;
2. par la souplesse qu'il offre aux organismes dans le financement des ressources nécessaires à leur action (notamment pour leur vie associative et la formation) ;
3. par sa capacité de produire et de mettre en œuvre des innovations sociales dans les pratiques sociales, et ainsi permettre au système sociosanitaire de faire face aux problématiques émergentes dans une société en constante évolution ;
4. par sa faculté de préserver l'autonomie et la mission originale des organismes, et donc à rétablir un certain équilibre des pouvoirs dans les rapports qu'entretiennent les milieux communautaires avec l'État québécois.

La question de l'espace que devraient occuper les organismes communautaires aux côtés des secteurs public et privé dans le système sociosanitaire (et dans la société dans son ensemble) demeure toutefois centrale après plus de trente ans de développement. Question éminemment politique, elle doit faire l'objet de débats et repose, non seulement sur les rapports de force que parviennent à développer les acteurs des milieux communautaires, mais aussi sur les valeurs, l'histoire et les particularités socioculturelles et socioéconomiques de chaque société. Dans un contexte de redéfinition de l'État-providence, elle s'insère dans un enjeu plus large concernant le partage des responsabilités entre les secteurs public, domestique, privé et le tiers secteur. Cette question de la présence plus ou moins importante des organismes communautaires au sein des programmes sociaux n'épuise toutefois pas la totalité des enjeux concernant leur développement. Comme nous l'avons souligné, l'influence qu'ils peuvent exercer sur l'ensemble des institutions publiques, leurs rapports avec l'État, la professionnalisation accrue des intervenants, l'évolution des formes de militantisme et de bénévolat sont autant de facteurs d'évolution qui seront déterminants pour leur avenir.

À cet égard, le modèle de développement social qui a pris forme au Québec depuis une vingtaine d'années doit beaucoup aux organismes communautaires. Ce modèle, qui fait appel de manière audacieuse aux

organismes communautaires, en les finançant en grande partie pour leur mission générale auprès des communautés – plutôt qu'uniquement sur la base de services spécifiques et contractualisés –, trouve peu d'équivalents ailleurs en Amérique (si ce n'est dans le monde). Ce faisant, ce modèle tend à s'éloigner du néolibéralisme et renvoie plutôt à une configuration originale qui accorde une place importante au tiers secteur communautaire en vertu de règles du jeu généralement respectueuses de la spécificité de ses composantes, du moins en santé et services sociaux.

Certes, la contraction des ressources financières fait en sorte que ces arrangements ne couvrent pas l'ensemble des organismes en santé et services sociaux, encore moins l'ensemble des organismes ayant des interfaces avec l'État québécois, et ce, malgré l'adoption de la Politique de soutien à l'action communautaire en 2001. Celle-ci devait, nous l'avons vu, généraliser à l'ensemble des ministères québécois les modalités d'ententes d'abord expérimentées par les groupes en santé et services sociaux. Néanmoins, en 2004-2005, environ 50 % des sommes octroyées par le gouvernement québécois aux organismes communautaires étaient versées sous forme de subventions selon la mission globale; en santé et services sociaux, cette proportion grimpe à plus de 70 %.

Les gains réalisés par les milieux communautaires au cours des trente dernières années ne doivent toutefois pas nous faire oublier les luttes constantes qu'ils ont dû mener et qu'ils continuent de mener pour maintenir leurs acquis. En effet, malgré l'existence de lois et de politiques qui les prémunissent contre certaines dérives conjoncturelles partisans et idéologiques, les milieux communautaires ne sont pas à l'abri des soubresauts politiques découlant de l'alternance des gouvernements et de leurs orientations stratégiques. Avec l'augmentation constante des coûts rattachés à la production des services sociaux et de santé, la tentation d'instrumentaliser les organismes reste grande chez les gouvernements qui peuvent y voir un gisement de ressources et de services de qualité à bon marché. Cette dérive tutélaire doit être combattue, car elle minerait la capacité même de renouvellement et d'innovation des pratiques, ce qui a précisément fait la force et le dynamisme des milieux communautaires depuis les années 1970.

Toutefois, à la lumière des trois décennies d'histoire que nous avons analysées, si une dernière conclusion s'impose, c'est bien celle-ci : les milieux communautaires ont démontré une incroyable capacité, non seulement de résilience, mais aussi de développement au cours des trente-cinq dernières années. Cet essor s'est réalisé en dépit des hauts et des bas de la conjoncture politique et socioéconomique. Dès lors, rien ne laisse présager un effondrement prochain de ce secteur, ni son affaiblissement,

même si les acquis peuvent paraître fragiles à certains égards. Au contraire, aujourd'hui comme hier, les milieux communautaires sont constamment confrontés à de nouveaux défis. Cet état d'alerte « chronique » est la conséquence directe des rapports étroits qu'ils entretiennent avec les mouvements sociaux. Or, les enjeux sociétaux actuels tendent à se déplacer sur la scène internationale : environnement, conditions de vie, sécurité. Plus que jamais, leur capacité de mobilisation et de réponses novatrices sera sollicitée afin de trouver des réponses aux besoins des communautés.

Ainsi, leur rayonnement comme acteur social, non seulement au plan local et national, mais aussi au plan international, ainsi que leur capacité à concilier « enracinement local » et « enjeux supranationaux » vont constituer un défi de taille pour ces organismes au cours des prochaines années. Le champ des luttes sociales s'élargit, un nouvel espace de revendications et de construction sociale s'ouvre donc pour les organismes du tiers secteur à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. À eux, ainsi qu'à ceux et celles qui les soutiennent, aux nouvelles générations d'intervenants, de sympathisants et de militants, de poursuivre le travail amorcé il y a maintenant plus de trente ans, et surtout à eux de continuer d'avoir l'audace d'ouvrir de nouveaux fronts de lutte afin d'assurer un développement plus humain de nos sociétés.

---

# BIBLIOGRAPHIE

## 1. Ouvrages généraux

- Abrahamson, Peter (1999). «Le modèle scandinave de protection sociale», dans Peter Abrahamson, Didier Blanchet, Aksel Hatland, Nadine Lefaucheur et Joakim Palme, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Tome 1, vol. 4, Paris, Rencontres de Copenhague, MIRE-DREES, p. 31-62.
- Aglietta, Michel (1976). *Régulation et crise du capitalisme. L'expérience des États-Unis*, Paris, Calmann-Lévy, 334 p.
- Alary, Jacques et Frédéric Lesemann (1975). *Opération Bilan. Rapport de l'équipe Bilan. Études des dimensions sociales et communautaires*, Montréal, Ministère des Affaires sociales (MAS).
- Archambeault, Édith (1998). «Le secteur sans but lucratif dans le monde», *Revue du MAUSS semestrielle*, n° 11, 1<sup>er</sup> semestre, p. 84-98.
- Archier, Georges et Hervé Sérieyx (1988). *L'entreprise du 3<sup>e</sup> type*, Paris, Éditions du Seuil, 213 p.

- Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS), Denise Côté, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, François Saillant, Nicole Thivierge et Marielle Tremblay (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada, Gouvernement du Canada, 134 p.
- Baillargeon, Jean-Paul et Gary Caldwell (1990). «Tendances macro-économiques», dans Simon Langlois, Jean-Paul Baillargeon, Gary Caldwell, Guy Fréchet, Madeleine Gauthier et Jean-Pierre Simard, *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 39-53.
- Balthazar, Louis (1986). *Bilan du nationalisme au Québec*, Montréal, Éditions de l'Hexagone, 212 p.
- Beauchamp, Gilles et Yves Hurtubise (1988). «Une enquête sur les pratiques d'organisation et de travail communautaires en CLSC: résultats préliminaires», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 1, n° 1, p. 81-90.
- Beauchemin, Jacques, Gilles Bourque et Jules Duchastel (1995). «Du providentialisme au néolibéralisme: de Marsh à Axworthy. Un nouveau discours de légitimation de la régulation sociale», *Cahiers de recherche sociologique*, n° 24, p. 15-47.
- Beck, Ulrich (2001). *La société du risque*, Paris, Aubier, 521 p.
- Bégin, Clermont, Bernard Labelle et Françoise Bouchard (1987). *Le budget: le jeu derrière la structure*, Québec, Université Laval, 176 p. Rapport remis à la commission Rochon.
- Bélanger, Jean-Pierre (1999). «Les organismes communautaires, une composante essentielle de ce tiers secteur», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, n° 2 (décembre), p. 89-102.
- Bélanger, Paul R. (1988). «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60 (automne), p. 145-156.
- Bélanger, Paul R., Jacques Boucher et Benoît Lévesque (1994). «L'économie solidaire au Québec: la question du modèle de développement», dans Jean-Louis Laville (dir.), *L'économie solidaire, une perspective internationale*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 141-180.
- Bélanger, Paul R., Michel Grant et Benoît Lévesque (dir.) (1994). *La modernisation sociale des entreprises*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 320 p.
- Bélanger, Paul R. et Benoît Lévesque (1990). «Le système de santé et de services sociaux au Québec: crise des relations de travail et du mode de consommation», *Sociologie du travail*, n° 2, p. 231-244.



- Bélanger, Paul R. et Benoît Lévesque (1991). «La théorie de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique», *Cahiers de recherche sociologique*, n° 17, p. 17-51.
- Bélanger, Paul R. et Benoît Lévesque (1992). «Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat», dans Gérard Daigle et Guy Rocher (dir.), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 713-747.
- Bélanger, Paul R., Benoît Lévesque, Réjean Mathieu et Franklin Midy (1987). *Animation et culture en mouvement (la fin d'une période?)*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 316 p.
- Bélanger, Paul R., Benoît Lévesque et Marc Plamondon (1987). *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC*, Québec, Les Publications du Québec, 352 p. Annexe au rapport de la commission Rochon.
- Belzile, Germain (1999). «Les finances publiques. Le déficit zéro, enfin! Et après?», dans Roch Côté (dir.), *Québec 2000*, Montréal, Éditions Fides, p. 363-368.
- Bergeron, Pierre (1985). «La recherche évaluative au ministère des Affaires sociales», *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 7, n° 2, p. 33-36.
- Bidet, Éric (1997). *L'économie sociale*, Paris, Marabout, 214 p.
- Blondin, Michel (1968). «Vie urbaine et animation sociale», *Recherches sociographiques*, vol. 9, n°s 1 et 2 (janvier-août), p. 111-119.
- Blondin, Michel (1987). «Animation en milieu ouvrier: de Saint-Henri à la FTQ», dans Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Réjean Mathieu et Franklin Midy, *Animation et culture en mouvement. Fin ou début d'une époque*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 25-32.
- Boivin, Louise (1998). «L'économie sociale: un gisement de travail obligatoire», dans Louise Boivin et Mark Fortier (dir.), *L'économie sociale. L'avenir d'une illusion*, Montréal, Éditions Fides, p. 161-185.
- Boivin, Robert (1988). *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988). Des comités de citoyens au CLSC du Plateau Mont-Royal*, Montréal, VLB Éditeur, 257 p.
- Bolduc, Roch (1964). «Le recrutement et la sélection dans la fonction publique du Québec», *Administration publique du Canada*, vol. 7, n° 2, p. 205-214.
- Boltanski, Luc et Ève Chiapello (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Éditions Gallimard, 843 p.
- Boltanski, Luc et Laurent Thévenot (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard, 483 p.
- Boucher, Jacques (1992). «Les syndicats: de la lutte pour la reconnaissance à la concertation conflictuelle», dans Gérard Daigle et Guy Rocher, *Le Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 107-136.

- Boucher, Jacques (1994). *Transformation du discours de la CSN sur la modernisation sociale des entreprises (1970-1992)*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 386 p. Thèse de doctorat en sociologie.
- Boucher, Jacques L. et Christian Jetté (1995). «Développement du syndicalisme en travail social au Québec (1960-1980)», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 8, n° 2 (automne), p. 105-121.
- Boucher, Jacques L. et Christian Jetté (1996). «La syndicalisation dans les CLSC : un rendez-vous manqué entre exigences professionnelles et solidarité salariale», dans Denis Plamondon et Jacques Saint-Onge (dir.), *Au-delà de la tourmente... de nouvelles alliances à bâtir*, Chicoutimi, GRIR/RQIIAC, p. 293-316. Actes du Colloque du RQIIAC.
- Boucher, Jacques L. et Christian Jetté (1998). «Le syndicalisme dans le secteur de la santé et des services sociaux du Québec», dans Reynald Bourque et Colette Bernier (dir.), *Regards croisés sur la formation professionnelle et les relations professionnelles en Europe et au Québec*, Québec, Université Laval, Département des relations industrielles, p. 175-190.
- Boucher, J.-Émile (1963). *Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 230 p.
- Boucher, Normand (2001). «Politiques sociales et personnes ayant des incapacités. Redéfinition du modèle providentialiste au Québec, 1980-2000», dans Yves Vaillancourt, Jacques Caillouette et Lucie Dumais (dir.), *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : Histoire, inventaire et bilan*, Montréal, LAREPPS/ARUC/UQAM, p. 98-127. Rapport de recherche.
- Bourque, Denis (1987). «L'intervention-animation en CLSC : pratique d'organisation communautaire ou instrument de désengagement social de l'État», dans Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Réjean Mathieu et Franklin Midy (dir.), *Animation sociale et culture en mouvement. Fin ou début d'une époque?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 223-227.
- Bourque, Denis (2004). «Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires», *Cahiers du LAREPPS*, n° 04-32, 25 p.
- Bourque, Denis et Christian Jetté (1999). «Le syndicalisme du secteur public à l'aube d'une ère nouvelle? Entrevue avec Gérald Larose», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, n° 2 (décembre), p. 11-26.
- Bourque, Gilles (1999). «L'économie sociale entre l'économie et le politique», *Cahiers de recherche sociologique*, n° 32, p. 37-45.
- Bourque, Gilles (2000). *Le modèle québécois de développement. De l'émergence au renouvellement*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 235 p.
- Boyer, Robert (2006). *La flexicurité danoise. Quels enseignements pour la France?*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 52 p.
- Boyer, Robert et Y. Saillard (2002). *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 588 p.

- Bozzini, Lucian (1990). «Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux : une lecture plus optimiste», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 3, n° 1 (printemps), p. 107-120.
- Brunelle, Dorval et Christian Deblock (2000). «Les mouvements d'opposition au libre-échange dans les Amériques et la constitution d'une Alliance sociale continentale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 2, p. 131-147.
- Caillé, Alain (1994). *Don, intérêt et désintéressement*. Bourdieu, Mauss et quelques autres, Paris, Éditions La Découverte/MAUSS, 301 p.
- Caillé, Alain (1996). «La crise ou quand l'économique dissimule le sens de l'existence. Cinq constats, cinq propositions», *Revue interaction communautaire*, n° 36-37, p. 20-22.
- Caillouette, Jacques (1994). «L'État partenaire du communautaire : vers un nouveau modèle de développement», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1 (printemps), p. 161-175.
- Castel, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, 813 p.
- Centraide (1984). *Un bilan des 10 premières années de Centraide Montréal*, Montréal, Centraide.
- Centre international de recherches et d'information sur l'économie publique, sociale et coopérative – CIRIEC (1998). *Appel pour une économie sociale et solidaire*, Montréal, CIRIEC, 8 p.
- Chantier de l'économie sociale (1996). *Osons la solidarité! Rapport du groupe de travail sur l'économie sociale*, Sommet sur l'économie et l'emploi, 64 p.
- Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse. Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 206 p.
- Chaves, Rafael et Antonia Sajardo (1999). «Politique sociale et économie sociale en Espagne : une perspective historique et institutionnelle de l'offre de services sociaux», *Nouvelles pratiques sociales*, vol.11, n° 2 et vol. 12, n° 1 (numéro double), p. 83-103.
- Chèvrefils, Aline (1978). *Le rôle des animateurs sociaux*, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 171 p.
- Clair, Michel (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et de la Solidarité sociale, 410 p.
- Comeau, Yvan, Turcotte, Daniel, Beaudouin, André, Villeneuve, Jean-Pierre, Bouchard, Marie J., Lévesque, Benoît, Rondot, Sylvie et Margie Mendell (2002). *Les effets du financement étatique sur les organismes communautaires*, Québec, Éditions Sylvain Harvey, 225 p.
- Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale (1996). *Entre l'espoir et le doute*, Québec, le Comité, 89 p.

- Confédération des syndicats nationaux – CSN (1991). *Prendre les devants dans l'organisation du travail*, Montréal, Service de recherche, 78 p.
- Confédération des syndicats nationaux – CSN (1993). *L'organisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Guide d'information et d'intervention à l'intention des syndicats de la Fédération des affaires sociales (CSN)*, Montréal, Service de recherche, 78 p.
- Confédération des syndicats nationaux – CSN (2001). *Remarques de la Confédération des syndicats nationaux présentées à la Commission parlementaire des affaires sociales concernant le projet de loi 28 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Montréal, le Syndicat, juin, 10 p.
- Conseil de la coopération du Québec – CCQ (2006). *La voie coopérative pour des citoyens à la gouverne de leur santé*, Lévis, le Conseil, 28 p. Mémoire déposé à la Commission parlementaire des Affaires sociales.
- Conseil du patronat du Québec (1971). «Les priorités budgétaires 1972-1973 du gouvernement québécois», dans Gabriel Gagnon et Luc Martin (1973). *Québec 1960-1980. La crise du développement*, Montréal, Éditions Hurtubise HMH, p. 419-427.
- Contandriopoulos, André-Pierre et Geneviève Tessier (1985). *Le financement du système de santé est-il à repenser? Opinion de la population du Québec et des administrateurs de la santé*, Montréal, GRIS, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Corbeil, Michel (1970). «Historique de l'animation sociale au Québec. Quelques expériences québécoises», *Relations*, n° 349 (mai), p. 139-141.
- Corporation de développement communautaire (CDC) des Bois-Francs (1987). *Fais-moi signe de changement. Les actes du colloque provincial sur le développement communautaire*, Victoriaville, CDC des Bois-Francs, 16-18 octobre 1986, 247 p.
- Corriveau, Roland et Reed Scowen (1986). *Réglementer moins et mieux. Inventaire sectoriel de la réglementation économique au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 101 p. Rapport final du groupe de travail sur la déréglementation.
- Côté, Charles et Yannick Harnois (1978). *L'animation sociale au Québec : sources, apports et limites*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin, 419 p.
- Côté, Denise (1982). «Table ronde et entrevues sur le Sommet Populaire», *Les cahiers du socialisme*, n°s 10-11, p. 163-180.
- Côté, Denise et Maryse Fortin (1994). «Réformes et régionalisation : pratiques de concertation des groupes de femmes en Outaouais», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1 (printemps), p. 131-143
- Côté, Roch (2000). «La santé. La réforme change de guide», dans Roch Côté (dir.), *Québec 2000*, Montréal, Éditions Fides, p. 299-305.

- Couillard, Marie-Andrée et Ginette Côté (1993). «Les défis d'une interface: les groupes de femmes et le réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec», *Service social*, vol. 42, n° 2, p. 29-49.
- Custeau, D., N. Choinière, R. Pineau et L. Champoux (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des Centres locaux de services communautaires au Québec*, Montréal, Ministère des Affaires sociales.
- Cyr, François, Jean Lalande et Richard Poulin (1982). «Heurs et malheurs d'En Lutte (genèse et trajectoire)», *Les cahiers du socialisme*, n<sup>os</sup> 10-11, p. 263-286.
- D'Amours, Martine (1997). *L'économie sociale au Québec. Cadre théorique, histoire et défis*, Montréal, Institut de formation en développement économique communautaire – IFDEC, 80 p.
- D'Amours, Martine (1999a). «Procès d'institutionnalisation de l'économie sociale au Québec», *Cahiers du LAREPPS*, n° 99-05, 45 p.
- D'Amours, Martine (1999b). «Françoise David: une féministe à l'heure du défi mondial. Entrevue avec la présidente de la Fédération des femmes du Québec», *Nouvelles pratiques sociales*, vol.11, n° 2 et vol. 12, n° 1 (numéro double, printemps), p. 9-20.
- D'Amours, Martine (2001). *Économie sociale au Québec. Vers un clivage entre entreprise collective et action communautaire*, Montréal, Projet de coopération franco-québécois en économie sociale et solidaire, <www.unites.uqam.ca/econos/>, 13 p.
- D'Amours, Martine et Yves Vaillancourt (1988). «Les lendemains du Rapport Rochon. Entrevue avec Jean-Pierre Duplantie et Norbert Rodrigue», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 1, n° 1 (automne), p. 15-31.
- D'Amours, M., M. Carodette, C. Carbonneau, D. Gagnon, J.-L. Théoret et Y. Vaillancourt (1989). *La participation des syndiqués-es aux conseils d'administration des établissements du secteur public*, Montréal, Conseil central de Montréal, CSN, 22 p.
- Defourny, Jacques et José L. Monzón Campos (dir.) (1992). *Économie sociale. Entre économie capitaliste et économie publique/ The Third Sector. Cooperative, Mutual and Nonprofit Organizations*, Bruxelles, CIRIEC/De Boeck, 459 p.
- Defourny, Jacques, Louis Favreau et Jean-Louis Laville (dir.) (1998). *Insertion et nouvelle économie sociale. Un bilan international*, Paris, Desclée de Brouwer, 372 p.
- Demers, Louis, Alain Dupuis et Mario Poirier (2002). «L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements?», *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2 (automne), p. 74-92.
- Désy, Marielle, Marc Ferland, Benoît Lévesque et Yves Vaillancourt (1980). *La conjoncture au Québec au début des années 80: les enjeux pour le*

*mouvement ouvrier et populaire*, Rimouski, La Librairie socialiste de l'Est du Québec, 200 p.

Diotte, Léa et Louis Favreau (1995). «Les années 60 dans l'Outaouais : les bouleversements annonciateurs de la réforme Castonguay-Nepveu», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 8, n° 2, p. 51-71.

Donzelot, Jacques (2007). «Un État qui rend capable», dans Serge Paugam (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, Presses universitaires de France, p. 87-110.

Doré, Gérald (1992). «L'organisation communautaire et les mutations dans les services sociaux au Québec, 1961-1991. La marge et le mouvement comme lieux de l'identité», *Service social*, vol. 41, n° 2, p. 131-162.

Doré, Gérald et Claude Larose (1978). *L'organisation communautaire, pratique salariée d'animation des collectivités au Québec en 1978*, Québec, Regroupement des organisateurs communautaires du Québec – ROCQ, 36 p.

Dorvil, Henri, Herta A. Guttman, Nicole Ricard et André Villeneuve (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 254 p.

Duchastel, Jules (1978). *Théorie ou idéologie de la jeunesse : discours et mouvement social*, Montréal, Département de sociologie, Université de Montréal, 610 p. Thèse de doctorat.

Duchesne, Pierre (2001). *Jacques Parizeau. Tome I. Le Croisé 1930-1970*, Montréal, Éditions Québec Amérique, 624 p.

Dumais, Monique (1999). «La dynamique du communautaire dans les services de santé et les services sociaux au Québec», dans Pierre Fortin (dir.), *La réforme de la santé au Québec*, Montréal, Éditions Fides, p. 177-194.

Eme, Bernard, Jean-Louis Laville, Louis Favreau et Yves Vaillancourt (dir.) (1996). *Société civile, État et Économie plurielle*, Montréal et Paris, Centre national de la recherche scientifique – CNRS, Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie – CRIDA, et Laboratoire de sociologie du changement des institutions – LSCI, Centre de recherche sur les innovations sociales – CRISES, Université du Québec à Montréal et Université du Québec à Chicoutimi, 260 p.

Enjolras, Bernard (1995). «Comment expliquer la présence d'organisations à but non lucratif dans une économie de marché? Une théorie socioéconomique des organisations non lucratives», *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative*, vol. 66, n° 4, p. 431-456.

Enjolras, Bernard (1998). «Crise de l'État-providence, lien social et associations : éléments pour une socioéconomie critique», *La revue du MAUSS semestrielle*, n° 11, p. 223-234.

Enjolras, Bernard (1999). *Protection sociale et performance économique*, Paris, Desclée de Brouwer, 153 p.

- Esping-Andersen, Gøsta (1999). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France, 310 p.
- Evans, Robert G. et Greg L. Stoddart (1996). «Produire de la santé, consommer des soins», dans Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor, *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 37-73.
- Evers, Adalbert et Jean-Louis Laville (2004). «Social services by social enterprises: On the possible contributions of hybrid organizations and a civil society», dans Adalbert Evers et Jean-Louis Laville (dir.), *The Third Sector in Europe*, Royaume-Uni et États-Unis, Éditions Edward Elgar, p. 237-255.
- Favreau, Louis (1989). *Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos jours. Continuités et ruptures*, Montréal, Éditions du Fleuve et Centre de formation populaire, 307 p.
- Favreau, Louis et Yves Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 211 p.
- Favreau, Louis et Benoît Lévesque (1997). «L'économie sociale et les pouvoirs publics: banalisation du social ou tremplin pour une transformation sociale?», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n° 1 (printemps), p. 71-80.
- Fédération des femmes du Québec – FFQ (1995). *Du pain et des roses*, Montréal, la Fédération, février. Cahier de revendications et guide d'animation pour la Marche des femmes contre la pauvreté.
- Fédération des femmes du Québec – FFQ (1998). *Chronologie des étapes importantes dans l'évolution du dossier de l'économie sociale au Québec*, Montréal, la Fédération, 3 p.
- Ferguson, Marilyn (1981). *Les enfants du Verseau. Pour un nouveau paradigme*, Paris, Calmann-Lévy, 338 p.
- Ferland, Marc et Yves Vaillancourt (1981). *Socialisme et Indépendance: pistes pour le mouvement ouvrier et populaire*, Montréal, Éditions socialisme et indépendance et Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 86 p.
- Ferrera, Maurizio (1996). «The southern model of welfare in social Europe», *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n° 1, p. 17-37.
- Fitoussi, Jean-Paul (1999). «Le syndrome de la croissance molle», dans Henri Lepage et Patrick Majsman, *Vingt économistes face à la crise*, Paris, Éditions Odile Jacob, p. 123-149.
- Fortier, Pierre (1986). *De la Révolution tranquille... à l'an deux mille*, Québec, Gouvernement du Québec, 68 p. Rapport du comité sur la privatisation des sociétés d'État.
- Fortin, Andrée (1990). «Médecines douces en capsules. De quelques publicités», *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64 (automne), p. 33-41.

- Fortin, Pierre (2003). «L'économie du Québec», dans Guy Lachapelle et Robert Comeau (dir.), *Robert Bourassa: un bâtisseur tranquille*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 40-63.
- Fournier, Danielle (1997). «Nouvelle dynamique des organismes communautaires et la régionalisation», dans Denis Plamondon, Sylvie Dubord, Danielle Maltais, Sylvie Brassard, Huguette Boivin et Mario Couture (dir.), *Au-delà de la tourmente... de nouvelles alliances à bâtir! Actes du V<sup>e</sup> colloque du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centre de santé (RQIIAC)*, Chicoutimi, Groupe de recherche et d'intervention régionales – GRIR, Université du Québec à Chicoutimi, p. 57-66.
- Fournier, Jacques (2002). «Santé et services sociaux. Le gouvernement québécois a-t-il démerité de ses alliés?», *Possibles*, vol. 26, n<sup>os</sup> 1-2 (hiver-printemps).
- Gadrey, Jean (1990). «Rapports sociaux de service: un autre régulation», *Revue économique*, vol. 41, n<sup>o</sup> 1, p. 48-69.
- Gadrey, Jean (2000). *Nouvelle économie, nouveau mythe*, Paris, Flammarion, 229 p.
- Gagnon, Gabriel et Marcel Rioux (1988). *À propos d'autogestion et d'émancipation*, Montréal, Institut québécois de la recherche sur la culture, 190 p.
- Gauchet, Marcel (2003). *La condition historique*, Paris, Éditions Stock, 354 p.
- Gibbins, Roger (2001). «Conjoncture variable: les fondements politiques de l'Entente-cadre sur l'union sociale», *Enjeux publics/Policy Matters*, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), vol. 2, n<sup>o</sup> 3, 20 p.
- Giddens, Anthony (1987). *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France, 474 p.
- Gobeil, Paul (1986). *Rapports*, Québec, Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, Gouvernement du Québec, 45 p.
- Godbout, Jacques et Jean-Pierre Collin (1977). *Les organismes populaires en milieu urbain: contre-pouvoir ou nouvelle pratique professionnelle?*, Montréal, INRS-Urbanisation, 311 p. Rapport de recherche.
- Godbout, Jacques et Nicole V. Martin (1974). *Participation et innovation. L'implantation des Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et les organismes communautaires autonomes*, Québec, INRS-Urbanisation, École nationale d'administration publique et Université du Québec, 344 p.
- Godbout, Jacques T. (1987). *La démocratie des usagers*, Montréal, Boréal Express, 190 p.
- Godbout, Jacques T. (1988). «Des grandes solutions pour des petits problèmes... À propos de la décentralisation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60 (automne), p. 139-143.



- Godbout, Jacques T. (2000). *Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs homo oeconomicus*, Montréal, Éditions La Découverte et Éditions du Boréal, 190 p.
- Godbout, Jacques T., en collaboration avec Alain Caillé (1992). *L'esprit du don*, Montréal, Éditions du Boréal, 344 p.
- Godbout, Jacques, T., Murielle Leduc et Jean-Pierre Collin (1987). *La face cachée du système*, Montréal, Institut national de la recherche scientifique – INRS. Rapport présenté à la commission Rochon.
- Gow, James Iain (1992). «La vie mouvementée de l'administration publique québécoise», dans Gérard Daigle et Guy Rocher (dir.), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 669-692.
- Graefe, Peter (1999). «Repenser l'économie sociale face à l'État», *Lien social et politiques – RIAC*, n° 41 (printemps), p. 129-141.
- Grant, Michel (1990). «Vers la segmentation du syndicalisme au Québec», dans Rodrigue Blouin (dir.), *Vingt-cinq ans de pratique en relations industrielles au Québec*, Cowansville, Yvon blais, 309-341.
- Grant, Michel et Jacques Lebeau (1994). «La FTQ et les nouvelles stratégies de gestion des ressources humaines», dans Paul R. Bélanger, Michel Grant et Benoît Lévesque, *La modernisation sociale des entreprises*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 279-316.
- Guay, Lorraine (1991). «Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de service en santé mentale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4 n° 2, p. 43-58.
- Guay, Lorraine (1997). «Le mouvement communautaire et l'économie sociale: entre l'espoir et le doute» dans Juan-Luis Klein, Pierre-André Tremblay et Hugues Dionne (dir.), *Au-delà du néolibéralisme. Quel rôle pour les mouvements sociaux?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 135-154.
- Harnois, Gaston (1987). *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 185 p.
- Hart, John (1998). «Ministères et organismes centraux: responsabilisation et coordination», dans Guy B. Peters et Donald J. Savoie (dir.), *Réformer le secteur public: où en sommes-nous?*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 219-236.
- Illich, Ivan (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Éditions du Seuil, 218 p.
- Institut de la statistique du Québec – ISQ (2002). *Le Québec statistique. Édition 2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 863 p.
- Jenson, Jane (2000). «Le nouveau régime de citoyenneté du Canada: investir dans l'enfance», *Lien social et politiques – RIAC*, n° 44 (automne), p. 11-23.

- Jetté, Christian (1997). «Analyse des positions de la Fédération des affaires sociales en rapport avec les nouvelles formes d'organisation du travail (1970-1994)», *Cahiers du LAREPPS*, n° 97-02, 176 p.
- Jetté, Christian (2001). «Une interprétation de l'économie des grandeurs. Cité par projets: ferment pour un nouvel esprit du capitalisme», *Cahiers du CRISES*, n° 0107, et *Cahiers du LAREPPS*, n° 01-02, 41 p.
- Jetté, Christian (2003). «Du don comme principe de justification», *Cahiers du LAREPPS*, n° 03-07, et *Cahiers du CRISES*, 53 p.
- Jetté, Christian (2005). *Le Programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux: une forme institutionnelle structurante du modèle québécois de développement social (1971-2001)*, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, 731 p. Thèse de doctorat.
- Jetté, Christian (2007). «L'intervention communautaire d'aujourd'hui et la conciliation entre professionnalisme et militantisme», dans Denis Bourque, Yvan Comeau, Louis Favreau et Lucie Fréchette (dir.), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 339-352.
- Jetté, Christian et Jacques L. Boucher (1997). «L'évolution des positions de la Fédération des affaires sociales par rapport aux nouvelles formes d'organisation du travail de 1970 à 1994», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n° 2 (automne), p. 69-82.
- Jetté, Christian, Benoît Lévesque, Lucie Mager et Yves Vaillancourt (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 202 p.
- Jolin, Hélène (1993). *Histoire de Centraide Montréal. Approche chronologique*, Montréal, Services conseils J.A. inc., 33 p.
- Kendall, Jeremy et Martin Knapp (1995). «A loose and baggy monster: Boundaries, definition and typologies», dans Justin Davis Smith, Colin Rochester et Rodney Hedley (dir.), *An Introduction to the Voluntary Sector*, Londres et New York, Routledge, p. 66-95.
- Lacroix, Jean-Guy (1982a). «L'unité au sein du mouvement populaire: espace et réalité», *Les cahiers du socialisme*, n°s 10-11 (automne), p. 84-133.
- Lacroix, Jean-Guy (1982b). «Entrevue avec Louis Roy, secrétaire permanent du Sommet Populaire», *Les cahiers du socialisme*, n°s 10-11 (automne), p. 72-83.
- Laforest, Marcelle, Gisèle Legault, Réjean Mathieu et Martin Poulin (1989). «La réaction du RUFUTS au rapport de la commission Rochon», *Service social*, vol. 38, n°s 2-3, p. 282-296.

- Lalonde, Marc (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 76 p.
- Lamarche, Paul (1987). «La recherche dans le champ des services communautaires: un levier important pour l'action», *Discours officiels 1987*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 194-202. Allocution du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification et de l'évaluation lors du colloque du Centre de recherche sur les services communautaires.
- Lamarche, Paul (1989). «Les OSIS québécoises», *Discours officiels 1989*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 64-83. Allocution du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification et de l'évaluation lors du colloque du Centre de recherche sur les services communautaires.
- Lamoureux, Diane (1990). «Les services féministes: de l'autonomie à l'extension de l'État-providence», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 3, n° 2 (automne), p. 33-43.
- Lamoureux, Diane (1998). «La panacée de l'économie sociale: un placebo pour les femmes», dans Louise Boivin et Mark Fortier (dir.), *L'économie sociale: l'avenir d'une illusion*, Montréal, Éditions Fides, p. 25-54.
- Lamoureux, Henri (1987). «Intervention communautaire et régulation sociale», dans Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Réjean Mathieu et Franklin Midy (dir.), *Animation sociale et culture en mouvement. Fin ou début d'une époque?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 244-246.
- Lamoureux, Henri (1994). «Intervention communautaire: des pratiques en quête de sens», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 2, p. 33-43.
- Lamoureux, Jocelyne (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 235 p.
- Lamoureux, Jocelyne (1988). «La commission Rochon: le communautaire, encore et toujours à la marge», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60 (automne), p. 157-170.
- Laville, Jean-Louis (1992). *Les services de proximité en Europe*, Paris, Syros/Alternatives, 247 p.
- Laville, Jean-Louis (2001). «Les raisons d'être des associations», dans Jean-Louis Laville, Alain Caillé, Philippe Chanial, Éric Dacheux, Bernard Eme et Serge Latouche (dir.), *Associations, démocratie et société civile*, Paris, Éditions La Découverte/MAUSS/CRIDA, p. 61-140.
- Laville, Jean-Louis (dir.) (1994). *L'économie solidaire. Une perspective internationale*, Paris, Desclée de Brouwer, 334 p.
- Laville, Jean-Louis et Renaud Sainsaulieu (dir.) (1997). *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer, 403 p.

- Lazure, Denis (2002). *Médecin et citoyen*, Montréal, Boréal, 402 p.
- Lazure, Jacques (1970). *La jeunesse du Québec en révolution*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Label, Jean-Claude (1973). «L'animation sociale», dans Gabriel Gagnon et Luc Martin, *Québec 1960-1980. La crise du développement*, Montréal, Éditions Hurtubise HMH, p. 121-128.
- Lecomte, Yves (2003). «Développer de meilleures pratiques», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, p. 9-36.
- Lesemann, Frédéric (1981). *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Laval, Éditions Saint-Martin, 230 p.
- Lesemann, Frédéric (1988). «Le Rapport Rochon: l'introuvable consensus», *Revue internationale d'action communautaire*, 19/59, p. 137-143.
- Levasseur, Carol (1980). «De l'État-providence à l'État disciplinaire», dans Gérard Bergeron et Réjean Pelletier (dir.), *L'État du Québec en devenir*, Montréal, Boréal Express, 285-328.
- Lévesque, Benoît (1999). «Le développement local et l'économie sociale: deux éléments devenus incontournables du nouvel environnement», *Cahiers du CRISES*, n° 9905, 19 p.
- Lévesque, Benoît (2001). «Le partenariat: une tendance lourde de la nouvelle gouvernance à l'ère de la mondialisation. Enjeux et défis pour les entreprises publiques et d'économie sociale», *Cahiers du CRISES*, n° 0104, 17 p. Conférence prononcée dans le cadre du XXIII<sup>e</sup> Congrès international du CIRIEC tenu en juin 2000 à Montréal.
- Lévesque, Benoît (2003). «Fonction de base et nouveau rôle des pouvoirs publics: vers un nouveau paradigme de l'État», *Annales de l'économie publique, sociale et coopérative*, vol. 74, n° 4, p. 489-513.
- Lévesque, Benoît (2004). «Le modèle québécois et le développement régional et local: vers le néolibéralisme et la fin du modèle québécois?», *Cahiers du CRISES*, n° 0405, 30 p.
- Lévesque, Benoît, Gilles Bourque et Éric Forgues (2001). *La nouvelle sociologie économique*, Paris, Desclée de Brouwer, 268 p.
- Lévesque, Benoît et Marguerite Mendell (1999). «L'économie sociale au Québec: éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche», *Lien social et politiques – RIAC*, n° 41, printemps, p. 105-118.
- Lévesque, Benoît et William A. Ninacs (1997). *L'économie sociale au Canada: l'expérience québécoise*, Montréal, Institut de formation en développement économique et communautaire – IFDEC, 23 p.
- Lévesque, Benoît, Gilles Bourque et Yves Vaillancourt (1999). «Le modèle québécois de développement», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, n° 2, p. 1-10.

- Lévesque, Benoît et Yves Vaillancourt (1998). «Les services de proximité au Québec: de l'expérimentation à l'institutionnalisation», *Cahiers du LAREPPS*, n° 98-04, 21 p.
- Lipietz, Alain (1989). *Choisir l'audace, une alternative pour le XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Éditions La Découverte, 155 p.
- Lisée, Jean-François (1994). *Le Tricheur. Robert Bourassa et les Québécois, 1990-1991*, Québec, Boréal, 578 p.
- Lorendahl, Bengt (1997). «L'intégration de l'économie publique et de l'économie sociale et coopérative. Vers un nouveau modèle suédois», dans Lionel Monnier et Bernard Thiry (dir.), *Mutations structurelles et intérêt général*, Paris et Bruxelles, De Boeck et CIRIEC, p. 73-88.
- Maheu, Louis et Paul-Antoine Bien-Aimé (1994). «Le travail réflexif: ses exigences pour l'action syndicale», *Options CEQ*, n° 9 (hiver), p. 37-50.
- Maheu, Louis et Paul-Antoine Bien-Aimé (1996). «Et si le travail exercé sur l'humain faisait une différence», *Sociologie et Société*, vol. XXVIII, n° 1 (printemps), p. 188-199.
- Marmor, Theodore R., Morris L. Barer et Robert G. Evans (1996). «Les déterminants de la santé de la population: comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques?», dans Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor, *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de L'Université de Montréal, p. 223-236.
- Martel, Paul (1990). «Le cadre juridique des médecines douces», *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64 (automne), p. 99-107.
- Mathieu, Réjean, Van Schendel, Vincent, Tremblay, Diane-Gabrielle, Jetté, Christian, Dumais, Lucie et Pierre-Yves Crénieux (2001). *L'impact socio-économique des organismes communautaires et du secteur de l'économie sociale dans quatre arrondissements de la Ville de Montréal*, rapport de recherche, Montréal, UQAM, 144 p.
- Mauss, Marcel (1999[1950]). *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, 482 p.
- Melucci, Alberto (1983). «Mouvements sociaux, mouvements post-politiques», *Revue internationale d'action communautaire*, 10/50 (automne), p. 13-30.
- Merrien, François-Xavier, Parchet, Raphaël et Antoine Kernén (2005). *L'État social. Une perspective internationale*, Paris, Armand Colin, 441 p.
- Messine, Philippe (1987). *Les saturniens: quand les patrons réinventent la société*, Paris, La Découverte, 219 p.
- Milot, Pierre (1982). «Généalogie du discours marxiste-léniniste au Québec (1972-1982)», *Les cahiers du socialisme*, n°s 10-11 (automne), p. 181-208.
- Moore, Marie-France (1973). «Mainmise: version québécoise de la contre-culture», *Recherches sociographiques*, vol. XIV, n° 3, p. 363-381.

- Myles, John et Paul Pierson (1999). «La réforme des États-providence libéraux au Canada et aux États-Unis, ou la revanche de Friedman», *Lien social et politiques – RIAC*, n° 42 (automne), p. 25-36.
- Neveu, Erik (2002). *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, Éditions La Découverte et Syros, 125 p.
- Noël, Alain (1996). «Vers un nouvel État-providence? Enjeux démocratiques», *Politique et sociétés*, vol. 15, n° 30, p. 3-27.
- Noël, Alain (2001). «Les prérogatives du pouvoir dans les relations intergouvernementales», *Enjeux publics/Policy Matters*, vol. 2, n° 6, 28 p.
- Office de planification et de développement du Québec – OPDQ (1988). *À l'heure de l'entreprise régionale. Plan d'action en matière de développement régional*, Québec, Gouvernement du Québec, 90 p.
- Office des personnes handicapées du Québec – OPHQ (1984). *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous*, Québec, Gouvernement du Québec, 350 p.
- Panet-Raymond, Jean (1991). «Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires: un défi pour la formation en travail social», *Service social*, vol. 40, n° 2, p. 54-73.
- Panet-Raymond, Jean (1994). «Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la loi 120», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1, p. 79-94.
- Paquet, Ginette (2005). *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 152 p.
- Parazelli, Michel (1992). «La productivité sociale. Un point de vue communautaire sur les risques sociaux du chapitre 42 des lois du Québec (loi 120)», *Service social*, vol. 41, n° 1, p. 127-142.
- Parazelli, Michel (1994). «La coalition des organismes communautaires du Québec (1985-1991): d'une pratique démocratique à un mimétisme adhocratique», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1 (printemps), p. 111-130.
- Parazelli, Michel (1997). «À travers la tourmente, que reste-t-il des alliances?», dans Denis Plamondon, Sylvie Dubord, Danielle Maltais, Sylvie Brassard, Huguette Boivin et Maro Couture (dir.), *Au-delà de la tourmente, de nouvelles alliances à bâtir*, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi et RQIIAC, p. 19-30.
- Parazelli, Michel et Gilles Tardif (1998). «Le mirage démocratique de l'économie sociale», dans Louise Boivin et Mark Fortier, *L'économie sociale. L'avenir d'une illusion* (dir.), Montréal, Éditions Fides, p. 55-99.
- Pelletier, Réjean (1992). «La Révolution tranquille», dans Gérard Daigle et Guy Rocher (dir.), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 609-624.

- Perret, Bernard et Guy Roustang (1993). *L'économie contre la société. Affronter la crise de l'intégration sociale et culturelle*, Paris, Éditions du Seuil, 274 p.
- Perri 6 et Isabel Vidal (dir.) (1994). *Delivering Welfare. Repositioning Non-Profit and Cooperative Action in Western European Welfare States*, Barcelone, Centre d'initiatives de l'Économia Social, 409 p.
- Perrier, Yvan (1982). «Réflexion en marge du Sommet Populaire II», *Les cahiers du socialisme*, n<sup>os</sup> 10-11, p. 64-71.
- Pierret, Janine (2003). «Enjeux de la santé dans les sociétés du XXI<sup>e</sup> siècle», dans Joseph J. Lévy, Danielle Maisonneuve, Henriette Bilodeau et Catherine Garnier (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 5-14.
- Pilette, Lorraine (1993). *La Constitution canadienne*, Montréal, Éditions du Boréal, 124 p.
- Piotte, Jean-Marc (1987). *La communauté perdue. Petite histoire des militantismes*, Montréal, VLB Éditeur, 140 p.
- Polanyi, Karl (1983[1944]). *La Grande Transformation*, Paris, Gallimard, 419 p.
- Poupart, Robert, Jean-Jacques Simard et Jean-Paul Ouellet, avec la collaboration de Renaud Bouchard, Marie Jobin et Johanne Trempe (1986). *La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC*, Montréal, Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec à Montréal et Fédération des CLSC du Québec, 93 p.
- Proulx, Jean (1997). *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120: l'enjeu de la complémentarité*, Québec, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 203 p. Mémoire de maîtrise.
- Quéniart, Anne et Francine Saillant (1990). «Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives» *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64 (automne), p. 11-20.
- Renaud, Gilbert (1978). *L'éclatement de la profession en service social*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin, 163 p.
- Robert, Lionel (1981). «Les Opérations Dignité: à l'origine d'un mouvement populaire dans l'Est du Québec», dans Alain G. Gagnon (dir.), *Les Opérations Dignité: Naissance d'un mouvement social dans l'Est du Québec*, Carleton, Université de Carleton, p. 91-106.
- Robert, Lionel (1989). «Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à définir», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n<sup>o</sup> 1, p. 37-52
- Robillard, Claude et Daniel Hubert (1982). «EN LUTTE!, grandeur et décadence: un essai d'interprétation», *Les cahiers du socialisme*, n<sup>os</sup> 10-11, p. 363-387.

- Robin, Régine (1984). «La circulation de la parole publique et ses risques: les débats en Commission parlementaire sur le projet de loi concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec en 1971», *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 2, n° 1, p. 45-98.
- Rochon, Jean (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 803 p.
- Rockman, Bert A. (1998). «L'État: un rôle en évolution», dans Guy B. Peters et Donald J. Savoie (dir.), *Réformer le secteur public: où en sommes-nous?*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 15-32.
- Rosanvallon, Pierre (1981). *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil, 190 p.
- Rosanvallon, Pierre (1995). *La nouvelle question sociale: repenser l'État-providence*, Paris, Seuil, 222 p.
- Rouillard, Jacques (1981). *Histoire de la CSN (1921-1981)*, Montréal, Boréal Express/CSN, 335 p.
- Rouillard, Jacques (1989). *Histoire du syndicalisme québécois*, Montréal, Éditions du Boréal, 535 p.
- Roy, Maurice (1987). *Les CLSC, ce qu'il faut savoir*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 172 p.
- Roy, Shirley (1995). «L'itinérance: forme exemplaire d'exclusion sociale?», *Lien social et politiques – RIAC*, n° 34 (automne), p. 73-80.
- Salamon, Lester M. et Helmut K. Anheier (1998). «Le secteur de la société civile, une nouvelle force sociale», *Revue du MAUSS*, n° 11 (1<sup>er</sup> semestre), p. 89-110.
- Sen, Amartya (2000). *Repenser l'inégalité*, Paris, Éditions du Seuil, 282 p.
- Simard, Jean-Jacques (1979). *La longue marche des technocrates*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 198 p.
- Smith, Justin Davis, Colin Rochester et Rodney Hedley (dir.) (1995). *An Introduction to the Voluntary Sector*, Londres et New York, Routledge, 260 p.
- Sotomayor, Éliana et Madeleine Lacombe (2006). *Dix ans de lutte pour la reconnaissance*, Montréal, Comité aviseur de l'action communautaire, 175 p.
- Taylor, Marilyn (1995). «Voluntary action and the State», dans David Gladstone (dir.), *British Social Welfare. Past, Present and Future*, Londres, ULC Press, p. 214-240.
- Touraine, Alain (1973). *Production de la société*, Paris, Seuil, 472 p.
- Touraine, Alain (1978). *La voix et le regard*, Paris, Seuil, 318 p.
- Townson, Monica (1999). *Malade d'inégalité. Comment les facteurs socioéconomiques influencent notre bien-être*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 140 p.



- Tremblay, Marielle (1995). «Les réseaux des groupes de femmes du Saguenay–Lac-St-Jean : partenariat et alliances», dans Évelyne Tardy (dir.), *Femmes et pouvoir, Cahiers Réseau de recherches féministes*, n° 2, p. 135-155.
- Tremblay, Marielle, Tremblay, Pierre-André et Suzanne Tremblay (2002). *Développement local, économie sociale et démocratie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 341 p.
- Trifiletti, Rossana (1999). «Southern European welfare regimes and the worsening position of women», *Journal of European Social Policy*, vol. 9, n° 1, p. 49-64.
- Unité prolétarienne (1981). «Un mouvement en crise, un mouvement à renforcer et à unir», *Unité prolétarienne*, n° 25 (vol. 5, n° 3), p. 6-11.
- Unité prolétarienne (1982). «Une critique féministe du programme d'En Lutte», *Unité prolétarienne*, n° 26 (vol. 6, n° 1), p. 29-30.
- Vaillancourt, Yves (1988a). «Pour des pratiques sociales nouvelles», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 1, n° 1 (printemps), p. 1-12.
- Vaillancourt, Yves (1988b). *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940/1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 513 p.
- Vaillancourt, Yves (1989). «De Rochon à Lavoie-Roux : une introduction au dossier», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, p. 23-36.
- Vaillancourt, Yves (1993). «Trois thèses concernant le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, n° 1 (printemps), p. 1-14.
- Vaillancourt, Yves (1994). «Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine des services de la santé et des services sociaux», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 2 (automne), p. 227-248.
- Vaillancourt, Yves (2002). «Le modèle québécois de politiques sociales et ses interfaces avec l'Union sociale canadienne», *Enjeux publics/Policy Matters*, vol. 3, n° 2, 52 p.
- Vaillancourt, Yves (2007). «Vers un État stratège partenaire de la société civile», *Cahiers du LAREPPS*, n° 07-10, 30 p.
- Vaillancourt, Yves, François Aubry et Christian Jetté (dir.) (2003). *L'économie sociale dans les services à domicile*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 341 p.
- Vaillancourt, Yves, François Aubry, Christian Jetté et Louise Tremblay (2001). «Le cas du Québec : la fragile émergence d'une nouvelle régulation solidaire», dans Yves Vaillancourt et Louise Tremblay, *L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être : une perspective interprovinciale*, Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal, p. 23-65.

- Vaillancourt, Yves et Louis Favreau (2000). «Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire», *Cahiers du LAREPPS*, n° 00-04, 19 p.
- Vaillancourt, Yves, avec la collaboration de Christian Jetté (1997). «Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé. Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel», *Cahiers du LAREPPS*, n° 97-05, 302 p. Rapport de recherche.
- Vaillancourt, Yves et Daniel Labesse (1997). «Projet d'équipe de recherche "Économie sociale, santé et bien-être" présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Programmation 1997-2000», *Cahiers du LAREPPS*, n° 97-10, 44 p.
- Vaillancourt, Yves, Réjean Mathieu, Christian Jetté et Raymonde Bourque (1993). *La privatisation des services de santé et des services sociaux en 1993: rapport d'étape d'une recherche en cours*, Montréal, Département de travail social, Université du Québec à Montréal, 56 p. Document préparé pour le Colloque sur la privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux, Fédération des affaires sociales – FAS, et Confédération des syndicats nationaux – CSN, 11-13 février 1993.
- Vaillancourt, Yves, avec la collaboration de Luc Thériault (1997). «Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux: enjeux pour le Québec», *Cahiers du LAREPPS*, n° 97-07, 104 p.
- Valiquette, André (2004). «Introduction historique au groupe En Lutte!», *Bulletin d'histoire politique*, vol. 13, n° 1, p. 37-42.
- Van Stokkom, Sonja Calais et Patrick Fougeyrollas (1998). *Utilisation et utilité de la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (CIH). Pour le maintien des personnes handicapées à domicile et dans leur environnement communautaire*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 54 p.
- Vienney, Claude (1994). *L'économie sociale*, Paris, La Découverte, 125 p.
- Von Schoenberg (1973). «Les partis politiques et la régulation des affaires sociales», *Recherches sociographiques*, vol. XIV, n° 3, p. 327-339.
- White, Deena (2001). «Maîtriser un mouvement, dompter une idéologie. L'État et le secteur communautaire au Québec», *Isuma. Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 2, n° 2 (été), p. 34-45.
- Zimmer, Annette (1999). «Corporatism revisited: The legacy of history and the German nonprofit sector», *Voluntas*, vol. 10, n° 1 (mars), p. 37-49.

## 2. Publications gouvernementales

- Auger, Jeannine, Francine Boulet, Denise Laberge-Ferron, Paul-A. Lamarche, Michèle Moreau, René Rouleau et Gilbert Michaud (1988). *Rapport du groupe de travail sur les organismes communautaires*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p. et annexes.

- Cantin, Réjean (1987). «Le directeur général: un motivateur?», *Discours officiels 1987*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 9-26. Allocution du sous-ministre de la santé et des services sociaux lors du colloque sur l'organisation des services de santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain.
- Carignan, Raymond (1987). «La privatisation: y gagnera-t-on?», *Discours officiels 1987*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 300-312. Allocution du sous-ministre adjoint à la Direction générale du recouvrement de la santé lors de la IV<sup>e</sup> conférence québécoise du collège canadien des directeurs de services de santé.
- Comité consultatif ministériel de liaison avec les organismes communautaires et bénévoles (1997). *Rapport final sur les balises nationales du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC)*, Québec, le Comité, août, 19 p. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon.
- Comité de la santé mentale du Québec (1985). *La santé mentale. Rôles et place des ressources alternatives*, Québec, Gouvernement du Québec, 168 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (1976). *Promotion de la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 55 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (1978). *La question de la promotion des initiatives volontaires dans le domaine des affaires sociales au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 27 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (1984). *Objectif: santé*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 217 p.
- Conseil du statut de la femme (1986). *Le financement des groupes de services pour les femmes*, Québec, le Conseil, 50 p. Avis soumis par le CSF à la ministre déléguée à la Condition féminine Monique Gagnon-Tremblay.
- Conseil du statut de la femme (1995). *Le développement de l'emploi lié à l'économie sociale: les enjeux pour les femmes*, Québec, Gouvernement du Québec, 21 p.
- Conseil du statut de la femme (1996). *L'économie sociale et les femmes: garder l'œil ouvert*, Québec, Gouvernement du Québec, 37 p.
- Conseil du Trésor (1972). *Le système de budget par programmes (PPBS) et son utilisation au gouvernement du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 59 p.
- Gouvernement du Québec (1971). *Le développement*, rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, vol. III, 251 p.
- Gouvernement du Québec (1972). *Les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, vol. VI, 381 p. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

- Gouvernement du Québec (1989). *Avant-projet de loi. Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 110 p.
- Gouvernement du Québec (1990). *Projet de loi 120. Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 130 p.
- Gouvernement du Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 33 p.
- Gouvernement du Québec (1991). *Projet de loi 120 (1991, chapitre 42). Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 176 p.
- Gouvernement du Québec (1992). *La politique de santé et de bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.
- Gouvernement du Québec (2001). *Projet de loi n° 28 (2001, chapitre 24), Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 41 p.
- Gouvernement du Québec (2001a). *Politique gouvernementale. L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Direction des communications, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 59 p.
- Gouvernement du Québec (2001b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 237 p.
- Johnson, Pierre-Marc (1983). «Message à tous les auxiliaires bénévoles des établissements de santé au Québec», dans ministère de la Santé et des Services sociaux, *Discours officiels du ministère des Affaires sociales 1982-1983*, Québec, Ministère des Affaires sociales, p. 129-133.
- Lavoie-Roux, Thérèse (1986). «Le système de santé de l'Ontario : enseignements pour le Québec», *Discours officiels 1986*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 278-293. Allocution de la ministre de la Santé et des Services sociaux lors du VIII<sup>e</sup> colloque Jean-Yves Rivard.
- Lavoie-Roux, Thérèse (1988). «D'une commission à l'autre», *Discours officiels 1988*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 296-306. Allocution de la ministre de la Santé et des Services sociaux lors du XXIV<sup>e</sup> congrès-exposition de l'Association des hôpitaux du Québec.
- Lavoie-Roux, Thérèse (1989a). «Mot de la Ministre», *Santé et société*, numéro spécial, p. 3-4.
- Lavoie-Roux, Thérèse (1989b). «Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec», *Discours officiels 1989*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 94-102. Allocution lors de la présentation officielle des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux.
- Ministère des Affaires sociales – MAS (1970). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.

- MAS (1971). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1972). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1973). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1974). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1975). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1976). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1977a). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1977b). *Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1978). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1979a). *Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1979b). *Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales*, Québec, Gouvernement du Québec, 30 p.
- MAS (1980). *Rapport annuel 1979-1980*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1981). *Rapport annuel 1980-1981*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1982). *Rapport annuel 1981-1982*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1983). *Rapport annuel 1982-1983*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1984). *Rapport annuel 1983-1984*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1985a). *Rapport annuel 1984-1985*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MAS (1985b). «Le système québécois répond-il aux vrais besoins?», *Santé et société*, vol. 7, n° 4 (automne), p. 45-46. Texte de la déclaration ministérielle annonçant la création de la commission Rochon,
- MAS (1985c). *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Québec, le Ministère, 59 p.
- Ministère de la Santé (1966). *Rapport du ministère de la Santé*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé (1967). *Rapport annuel du ministère de la Santé*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé (1968). *Rapport annuel du ministère de la Santé*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé (1969). *Ministère de la Santé. Rapport annuel*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux – MSSS (1986a). *Rapport annuel 1985-1986*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1986b). «La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986», *Santé et Société* (édition spéciale), 127 p.
- MSSS (1987a). *Rapport annuel 1986-1987*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1987b). *Une politique d'aide aux femmes violentées. Édition révisée*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 52 p.
- MSSS (1988). *Rapport annuel 1987-1988*, Québec, Gouvernement du Québec.

- MSSS (1989a). *Rapport annuel 1988-1989*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1989b). *Politique de santé mentale*, Québec, le Ministère, 48 p.
- MSSS (1989c). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, le Ministère, 145 p.
- MSSS (1990a). *Rapport annuel 1989-1990*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1990b). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, 91 p.
- MSSS (1991a). *Rapport annuel 1990-1991*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1991b). *Les services de santé et les services sociaux au Québec. Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Québec, Gouvernement du Québec, 128 p.
- MSSS (1992). *Rapport annuel 1991-1992*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1993). *Rapport annuel 1992-1993*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1994). *Rapport annuel 1993-1994*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1995). *Rapport annuel 1994-1995*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1996). *Rapport annuel 1995-1996*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1997a). *Rapport annuel 1996-1997*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1997b). *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*, Québec, Comité ministériel sur l'évaluation, 75 p.
- MSSS (1997c). *Programme de soutien aux organismes communautaires 1996-1997*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1998). *Rapport annuel 1997-1998*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (1999). *Rapport annuel 1998-1999*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (2000). *Rapport annuel 1999-2000*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (2001a). *Rapport annuel 2000-2001*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (2001b). *Ressources intermédiaires. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 77 p.
- MSSS (2002a). *Rapport annuel 2001-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS (2002b). *Orientations ministérielles portant sur les relations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires*, Québec, Gouvernement du Québec, janvier, 21 p. Document de travail (confidentiel).
- MSSS (2002c). *Subventions 2001-2002 par région*, Québec, le Ministère. 1 p. Données statistiques.
- MSSS (2002d). *Sommaire pour les organismes nationaux et régionaux. Moyenne de financement par catégorie d'organismes de 1997-1998 à 2000-2001*, Québec, Services des activités communautaires, le Ministère, 1 p.
- MSSS (2004a). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 21 p.

- MSSS (2004b). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.
- MSSS (2004c). *L'intégration des services de santé et des services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 26 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec – RRSSSMCQ (2001). *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, la Régie, 26 p.
- RRSSSMCQ (2000). *Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, la Régie, 20 p.
- Secrétariat à l'action communautaire autonome – SACA (1998). *Rapport annuel 1997-1998*, Québec, Gouvernement du Québec.
- SACA (1999). *Rapport annuel 1998-1999*, Québec, Gouvernement du Québec.
- SACA (2001a). *L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 59 p.
- SACA (2001b). *Rapport annuel 2000-2001*, Québec, Gouvernement du Québec.
- SACA (2005). *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire. Édition 2004-2005*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.
- Service de soutien aux organismes communautaires – SSOC (1991). *Tableau des subventions octroyées au niveau provincial de 1984-1985 à 1990-1991 pour tous les secteurs par région*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1 p.
- SSOC (1986). *Les organismes communautaires. Réflexion sur les enjeux actuels et à venir*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p. Mémoire présenté à la commission Rochon.
- Synopsis (2002). *Portrait des interactions des régies régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques*, Chicoutimi, Synopsis – Conseil en gestion inc., 81 p.
- Tremblay, Henri (1987). *Les ressources communautaires. Problématique et enjeux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 167 p.
- Tremblay, Jacques (1987). *État de situation présenté au Service de soutien aux organismes communautaires concernant les organismes subventionnés en 1986-1987 en particulier dans les secteurs Services à la communauté et maintien à domicile*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 85 p.

### 3. Revues du ministère de la Santé et des Services sociaux

- Ancil, Hervé (1981). «Le réseau à l'heure de la décroissance», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 4, n° 1 (décembre), p. 17.
- Ancil, Hervé (1984). «Entrevue avec Paul Lamarche du bureau de l'Europe de l'OMS», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 6, n° 2 (printemps), p. 16-18.
- Ancil, Hervé (1986). «Financement et fonctionnement du système de soins : le mandat de la commission Rochon», *Santé et société*, vol. 8, n° 1 (hiver), p. 3.
- Ancil, Hervé (1987a). «Le match Québec-Ontario. Quand le meilleur au monde rencontre celui qui n'a pas son égal», *Santé et société*, vol. 9, n° 1 (hiver), p. 6-8.
- Ancil, Hervé (1987b). «L'entreprise hospitalière», *Santé et société*, vol. 9, n° 4 (automne), p. 2.
- Ancil, Hervé (1987c). «Mais où était donc l'usager?», *Santé et société*, vol. 9, n° 3 (été), p. 24-27.
- Beaulieu, Ginette (1985). «Médecines douces... en établissement», *Santé et société*, vol. 7 n° 4 (automne), p. 22-25.
- Beaulieu, Ginette (1987). «L'hôpital du futur: les fondements sont en place», *Santé et société*, vol. 9, n° 4 (automne), p. 28-30.
- Bellehumeur, Danièle (1985). «Montréal, petite Californie», *Santé et société*, vol. 7, n° 4 (automne), p. 30-31
- Bolduc, Mario (1981). «L'Année internationale des personnes handicapées. Qu'en restera-t-il?», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 3, n° 2 (avril), p. 33-36.
- Brunelle, Yvon (1987). «Système de santé. Une réponse à l'américaine», *Santé et société*, vol. 9, n° 2 (printemps), p. 34-37.
- Brunelle, Yvon, Denis Ouellet et Sylvie Montreuil (1988). «Le Québec peut-il créer ses HMO?», *Santé et société*, vol. 10, n° 3 (été), p. 53-59.
- Cantin, Réjean (1989). «Un système de santé renouvelé... Un défi de société», *Santé et société*, numéro spécial, p. 5-9.
- Carrier, Maurice (1984). «Entrevue avec madame Jeanne d'Arc Vaillant», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 6, n° 4 (automne), p. 46-47.
- Fischer, Hervé et Marc André (1985). «L'État et les organismes bénévoles. De nouvelles règles du jeu», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 7, n° 2, p. 13-15.
- Giroux, Raymond (1972a). «Le CLSC Hochelaga-Maisonneuve au départ: la participation», *65 à l'heure*, vol. 1, n° 1, p. 11.
- Giroux, Raymond (1972b). «Le CLSC, un état d'esprit, une structure souple», *65 à l'heure*, vol. 1 n° 1, p.10.
- Gourde, Sylvie (1990). «Pratiques alternatives: sus aux mythes», *Santé et société*, vol. 12, n° 2 (printemps), p. 9-10.



- Guérin, Daniel (1987a). «Une entreprise du troisième type», *Santé et société*, vol. 9 n° 4 (automne), p. 21-27.
- Guérin, Daniel (1987b). «Médecines douces. Le temps des choix?», *Santé et société*, vol. 9, n° 1 (hiver), p. 3-5.
- Guérin, Daniel (1987c). «Syndicats et groupes communautaires. Les premières connivences», *Santé et société*, vol. 9, n° 2 (printemps), p. 41-44.
- Lamontagne, Ivan (1987). «Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec. L'entrepreneuriat, un état d'esprit», *Santé et société*, vol. 9, n° 3 (été), p. 13-14.
- Langlois, Monique (1977). «Le bénévolat: un apport indispensable à l'humanisation», *65 à l'heure*, vol. 4, n° 4, p. 2-3.
- Larouche, Calire (1985). «Médecines douces, thérapies alternatives, techniques naturelles...», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 7, n° 4, p. 14-16.
- Laurin, Camille (1984). «Les orientations du ministre des Affaires sociales», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 6, n° 3 (été), p. 44-46.
- Lepage, Yvon (1990). «Religion, santé et services sociaux. Où est le lien?», *Santé et société*, vol. 12, n° 4 (automne), p. 13.
- Marsolais, Claude (1972). «Le fonctionnement par programme: pour qui et pourquoi?», *65 à l'heure*, vol. 1, n° 1, p. 29.
- Ouellet, Denis et Yvon Brunelle (1988). «HMO américains, Osis québécoises», *Santé et société*, vol. 10, n° 4 (printemps), p. 46-50.
- Pilon, Michel (1978). «Au mitan d'un mandat. Une entrevue de Denis Lazure», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 1, n° 4, p. 17-23.
- Pilon, Michel (1979). «Un an après son arrivée, le sous-ministre Deschênes rompt le silence», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 1, n° 2, p. 13-19.
- Pilon, Michel (1980a). «Le bénévolat. Pour une société réinventée», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 2, n° 3, p. 20-23.
- Pilon, Michel (1980b). «L'action bénévole: bilan et perspectives», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 2, n° 3, p. 25-32.
- Pilon, Michel (1981a). «De la syndical-bureaucratie à la social-démocratie. Un entretien avec Pierre Marc Johnson», *Carrefour des affaires sociales*, vol. 4, n° 1 (décembre), p. 10-16.
- Pilon, Michel (1981b). «Au-delà d'un combat. Un entretien avec Claude Brunet», *Santé et société*, vol. 3, n° 2 (avril), p. 20-24.
- Plamondon, Marc (1975). «Le bénévolat. L'imagination au pouvoir pour plus de 800 000 Québécois», *65 à l'heure*, vol. 3, n° 1, p. 2-6.

#### 4. Archives et documents provenant des milieux communautaires

- Coalition des Tables régionales des organismes communautaires du Québec – CTROC (1995). *Lettre de la Coalition des TROC aux membres de la TRPOCB*, Saint-Jean-sur-Richelieu, la Coalition, 2 p.

- CTROC (2002a). «Des nouvelles de la Coalition des TROC», *L'entrefilet*, février, 4 p.
- CTROC (2002b). *Document d'analyse portant sur les orientations ministérielles en regard du PSOC à l'intention des conseils d'administration des TROC*, Saint-Jean-sur-Richelieu, la Coalition, 28 p. Document version janvier 2002, document de travail.
- Coalition Solidarité Santé – CSS (2004). *Qui sommes-nous?*, <www.solidaritesante.qc.ca>, 1 p.
- CSS (2000a). *Les grands principes du système québécois*, <www.solidaritesante.qc.ca>, 2 p.
- CSS (2000b). Manifeste de la Coalition Solidarité Santé, <www.solidaritesante.qc.ca>, 3 p.
- David, Françoise (1991). *La réforme Lavoie-Roux-Côté. Entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes*, Montréal, L'R des centres de femmes et Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 46 p.
- Klein, Bonnie Sherr (1970). *La clinique des citoyens*, documentaire sur vidéo-cassette, Montréal, Office national du film du Canada, durée : 30 min.
- Regroupement des maisons d'hébergement jeunesse du Québec (1988). *Une alternative pour les jeunes sans abri : vers une reconnaissance des maisons d'hébergement jeunesse*, Montréal, le Regroupement, 78 p.
- Regroupement des maisons de jeunes du Québec (1996). *En ébullition depuis 15 ans. Historique du Regroupement des maisons de jeunes du Québec*, Montréal, le Regroupement, 52 p.
- Regroupement des organismes de justice alternative du Québec (1997). *Les organismes de justice alternative dans le mouvement communautaire québécois*, Montréal, le Regroupement, 20 p.
- Solidarité Populaire Québec (1994). *Charte d'un Québec populaire*, Montréal, 20 p.
- TRPOCB et CTROC (1996). *Régionalisation et nouveaux rapports entre tables des regroupements provinciaux et Coalition des TROC*, Montréal, TRPOCB et CTROC, 40 p. Compte rendu de la rencontre nationale tenue les 22 et 23 mars.
- TRPOCB et CTROC (1997). *Cadre de référence des organismes communautaires et bénévoles sur une politique de reconnaissance des organismes autonomes dans le cadre du programme SOC*, Montréal, TRPOCB et CTROC, mai, 16 p.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles – TRPOCB, avec la collaboration des Tables régionales d'organismes communautaires et bénévoles (1995). *Les épreuves et les défis du partenariat. La réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux : bilan de la participation des organismes communautaires et bénévoles*, Montréal, TRPOCB, octobre, 50 p.

## 5. Articles de journaux

- Cauchon, Paul (1990a). «La révolution de Marc-Yvan Côté. Une réforme aussi ambitieuse que la réforme Castonguay», *Le Devoir*, 20 novembre, p. B-1.
- Cauchon, Paul (1990b). «Régions et usagers sont au centre de la réforme des services de santé», *Le Devoir*, 8 décembre, p. A-1.
- En Lutte (1982a). «En Lutte! n'existe plus», *En Lutte!*, vol. 9, n° 27, 22 juin, p. 1.
- En Lutte (1982b). «La question des femmes», *En Lutte!*, vol. 9, n° 27, 22 juin, p. 2-3.
- En Lutte (1982c). «La question lesbienne et homosexuelle», *En Lutte!*, vol. 9, n° 27, 22 juin, p. 2.
- Francoeur, Jean (1991). «La médecine dans tous ses états. La réforme Côté provoquera-t-elle un affrontement majeur entre la profession médicale et le gouvernement du Québec?», *Le Devoir*, 13 février, p. B-1.
- Francoeur, Jean (1992). «Pas tout à fait la réforme que souhaitait le ministre», *Le Devoir*, 30 septembre, p. B-1.
- Gagnon, Katia (1998). «Rochon se vide le cœur», *La Presse*, 23 octobre, p. A-1.
- Lesage, Gilles (1990). «Feu le beu de Matane», *Le Devoir*, 20 novembre, p. B-1.
- Ligue communiste (marxiste-léniniste) du Canada (sans date). *Luttons classe contre classe pour nos revendications et pour le socialisme!*, 33 p. Supplément à La Forge.
- Paré, Isabelle (1990). «La réforme de Marc-Yvan Côté sera totale et prendra cinq ans», *Le Devoir*, 19 novembre, p. A-1.
- Roy, Augustin (1991). «Le projet de loi 120», *Le Devoir*, 15 mars, p. 26. Dossier spécial santé et services sociaux.

## 6. Liste des entrevues

- Entrevue n° 1 (2002). Entrevue réalisée le 5 décembre avec un responsable des Auberges du cœur, Université du Québec à Montréal, 31 p.
- Entrevue n° 2 (2002). Entrevue réalisée le 8 octobre avec un responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 39 p.
- Entrevue n° 3 (2003). Entrevue réalisée le 13 janvier avec un responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 26 p.
- Entrevue n° 4 (2002). Entrevue réalisée le 26 novembre avec une responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 34 p.
- Entrevue n° 5 (2002). Entrevue réalisée le 7 octobre avec une fonctionnaire responsable du PSOC au ministère de la Santé et des Services sociaux, Université du Québec à Montréal, 24 p.

- Entrevue n° 6 (2002). Entrevue réalisée le 17 décembre avec un responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 34 p.
- Entrevue n° 7 (2003). Entrevue réalisée le 8 janvier avec une responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 38 p.
- Entrevue n° 8 (2002). Entrevue réalisée le 24 septembre avec un fonctionnaire responsable du PSOC au ministère de la Santé et des Services sociaux, Université du Québec à Montréal, 44 p.
- Entrevue n° 9 (2002). Entrevue réalisée le 25 novembre avec une responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 42 p.
- Entrevue n° 10 (2002). Table ronde réalisée le 3 décembre avec deux responsables d'une table régionale d'organismes communautaires et deux représentants d'organismes communautaires du territoire, Université du Québec à Montréal, 73 p.
- Entrevue n° 11 (2002). Entrevue réalisée le 3 juin avec un responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 46 p.
- Entrevue n° 12 (2002). Entrevue réalisée le 11 septembre avec un responsable du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Université du Québec à Montréal, 34 p.
- Entrevue n° 13 (2002). Entrevue réalisée le 17 octobre avec un responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 29 p.
- Entrevue n° 14 (2002). Entrevue réalisée le 24 septembre avec un fonctionnaire responsable du PSOC au ministère de la Santé et des Services sociaux, Université du Québec à Montréal, 42 p.
- Entrevue n° 15 (2002). Entrevue réalisée le 28 mai avec une responsable des regroupements d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 28 p.
- Entrevue n° 16 (2002). Entrevue réalisée le 19 novembre avec un responsable du Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec – ROCAJQ, Université du Québec à Montréal, 25 p.
- Entrevue n° 17 (2002). Entrevue réalisée le 26 juin avec une responsable des regroupements d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 27 p.
- Entrevue n° 18 (2002). Entrevue réalisée le 27 novembre avec un informateur clé du milieu communautaire, Université du Québec à Montréal, 40 p.
- Entrevue n° 19 (2002). Entrevue réalisée le 6 juin avec un responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 31 p.
- Entrevue n° 20 (2002). Entrevue réalisée le 11 novembre avec une responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 34 p.

- Entrevue n° 21 (2002). Entrevue réalisée le 17 décembre avec un responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 29 p.
- Entrevue n° 22 (2002). Entrevue réalisée le 17 juin avec une responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 41 p.
- Entrevue n° 23 (2004). Entrevue réalisée le 9 janvier avec un intervenant des milieux communautaires et ex-militant des groupes radicaux de gauche (notes d'entrevue), Université du Québec à Montréal, 2 p.
- Entrevue n° 24 (2002). Entrevue réalisée le 28 novembre avec une responsable du regroupement des maisons de jeunes du Québec, Université du Québec à Montréal, 38 p.
- Entrevue n° 25 (2003). Entrevue réalisée le 5 novembre avec une responsable des tables régionales d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 38 p.
- Entrevue n° 26 (2002). Entrevue réalisée le 26 octobre avec une responsable des tables régionales d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 47 p.
- Entrevue n° 27 (2002). Entrevue réalisée le 24 avril avec un responsable des regroupements d'organismes communautaires et d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 23 p.
- Entrevue n° 28 (2002). Entrevue réalisée le 6 décembre avec un responsable du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Université du Québec à Montréal, 34 p.
- Entrevue n° 29 (2002). Entrevue réalisée le 3 décembre avec une responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 32 p.
- Entrevue n° 30 (2002). Entrevue réalisée le 9 juillet avec une responsable des tables régionales d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 30 p.
- Entrevue n° 31 (2002). Entrevue réalisée le 1<sup>er</sup> novembre avec un responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 27 p.
- Entrevue n° 32 (2002). Entrevue réalisée le 7 octobre avec une ex-fonctionnaire ayant travaillé pour le PSOC au sein du ministère des Affaires sociales, Université du Québec à Montréal, 25 p.
- Entrevue n° 33 (2002). Entrevue réalisée le 1<sup>er</sup> novembre avec un responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 28 p.
- Entrevue n° 34 (2002). Entrevue réalisée le 9 décembre avec une responsable d'une table régionale d'organismes communautaires, Université du Québec à Montréal, 31 p.
- Entrevue n° 35 (2002). Entrevue réalisée le 8 novembre avec un responsable du PSOC dans une régie régionale, Université du Québec à Montréal, 30 p.

Entrevue n° 36 (1995). Entrevue réalisée avec un intervenant de la Clinique Saint-Jacques, Université du Québec à Montréal, 32 p.

Entrevue n° 37 (1995). Entrevue réalisée avec un intervenant du milieu communautaire dans les années 1970-1980, Université du Québec à Montréal, 28 p.

Entrevue n° 38 (1990). Entrevue réalisée avec un représentant des milieux communautaires au cours des années 1960-1970, Université du Québec à Montréal, 23 p.

Entrevue n° 39 (1995). Entrevue réalisée avec un intervenant en CLSC au cours des années 1970-1980, Université du Québec à Montréal, 18 p.

Entrevue n° 40 (2002). Entrevue réalisée le 9 septembre avec un représentant des regroupements nationaux d'organismes communautaires (notes d'entrevue), 2 p.

---

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	vii
ACRONYMES ET SIGLES .....	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>Les arrangements entre le tiers secteur et les politiques publiques : une diversité de points de vue et d'analyses .....</b>	<b>7</b>
1. La transformation des États-providence et la place du tiers secteur dans le domaine des services sociosanitaires.....	9
1.1. Les régimes de type libéral .....	10
1.2. Les régimes de type conservateur .....	11
1.3. Les régimes de type social-démocrate .....	12
1.4. Les régimes de type dual ou méridional.....	13

2. Le développement des organismes communautaires au Québec.....	16
3. Le PSOC : un élément crucial du processus d'institutionnalisation du tiers secteur au Québec .....	17
4. Les rapports entre l'État québécois et les organismes communautaires : une diversité d'approches théoriques et de points de vue.....	20
4.1 L'approche solidaire.....	21
4.2 L'approche structuraliste.....	23
4.3 Le point de vue stratégique ou ambivalent.....	24
4.4 Le point de vue féministe.....	27
4.5 L'approche sociopolitique.....	29
5. L'économie plurielle comme réponse (partielle) à la crise de l'État-providence .....	30
6. Une analyse construite à partir de trois approches théoriques.....	35
7. Les balises de notre recherche.....	39

## PREMIÈRE PARTIE

LES ANNÉES DE DOUTES ET D'INCERTITUDE - 1970-1979.....	41
--	----

## CHAPITRE 2

Une période de transformation et de contestation.....	43
1. Le contexte général des années 1970.....	44
2. L'animation sociale, les comités de citoyens et les groupes populaires dans le domaine sociosanitaire au Québec .....	46
3. La rupture entre la critique sociale et la critique artiste.....	53
3.1 La critique sociale.....	55
3.2 La critique artiste.....	57
4. Le compromis entre la critique sociale et la critique artiste.....	59
4.1 Émergence et développement des cliniques populaires de santé.....	60
4.2 Émergence et développement des groupes populaires de services sociaux.....	64
4.3 Convergences et divergences dans les processus de développement des cliniques populaires et des groupes populaires de services sociaux.....	67



**CHAPITRE 3**

<b>La réforme Castonguay-Nepveu et l'avènement de nouveaux arrangements institutionnels</b> .....	69
1. Rappel de certains traits du modèle libéral.....	70
2. Les modalités institutionnelles de la réforme Castonguay-Nepveu.....	71
3. Les CLSC et l'institutionnalisation des cliniques populaires de santé et des groupes populaires de services sociaux.....	77
4. L'échec de l'institutionnalisation des pratiques réciprocitaires au sein des CLSC et leur résurgence au sein des organismes communautaires.....	90
5. Les facteurs explicatifs de l'émergence du soutien gouvernemental aux groupes populaires au cours des années 1970.....	102
5.1. Rationaliser l'intervention gouvernementale en matière de subventions aux organismes.....	103
5.2. Pallier l'échec partiel de la participation dans les établissements publics.....	106
5.3. Pallier les limites du secteur public quant à sa capacité de prise en charge des besoins sociosanitaires.....	108
5.4. Refus de certains acteurs sociaux d'adhérer au compromis providentialiste.....	110

**CHAPITRE 4**

<b>Le programme de soutien aux organismes volontaires</b> .....	115
1. Un nouveau ministère en pleine transformation.....	116
2. La difficile émergence d'une unité administrative distincte au sein du MAS : le Programme de soutien aux organismes volontaires (1970-1975).....	117
3. Le MAS et les groupes bénévoles et populaires : vers de nouvelles formes de coordination (1976-1980).....	123
4. L'évolution du financement octroyé à partir du programme de soutien aux organismes volontaires.....	127
5. Les autres sources de financement s'adressant aux groupes populaires.....	133
Conclusion générale sur les années 1970.....	135

**DEUXIÈME PARTIE**

**UNE INSTITUTIONNALISATION FRAGMENTÉE**

**DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - 1980-1990 ..... 141**

**CHAPITRE 5**

**La crise des années 1980 et ses répercussions**

**sur le système sociosanitaire ..... 143**

1. De Lazure à Lavoie-Roux..... 144
2. Un contexte général de crise économique  
et de crise budgétaire de l'État..... 145
3. La crise de l'État-providence telle qu'elle a été vécue  
dans le système sociosanitaire ..... 148
4. La critique sociale en crise ..... 152
5. L'essor de la critique artiste ..... 156
6. La privatisation: une solution à la crise?..... 162
7. L'avènement d'un nouvel acteur: l'utilisateur..... 169
8. Les stratégies de développement  
des organismes communautaires ..... 171

**CHAPITRE 6**

**À la recherche de nouvelles formes**

**d'institutionnalisation des rapports entre l'État**

**et les organismes communautaires ..... 177**

1. La commission Rochon..... 178
  - 1.1 Les principes d'action défendus  
par la commission Rochon ..... 179
  - 1.2 Le rapport Rochon et les organismes communautaires ..... 182
  - 1.3 L'équipe du PSOC rencontre la commission Rochon..... 187
2. Une première expérience de décentralisation au PSOC:  
les services de maintien à domicile ..... 193
3. Vers un premier cadre de référence ..... 195
  - 3.1 La Politique d'aide aux femmes violentées (1985) ..... 196
  - 3.2 La politique de santé mentale (1989)..... 200
4. Une démarche de reconnaissance étape par étape au MSSS ..... 205
  - 4.1. La définition gouvernementale de la problématique ..... 207
  - 4.2. Un premier bilan de l'aide apportée en vertu du PSOC..... 208
  - 4.3. Une première proposition visant à définir un cadre  
de référence..... 209
5. Le texte d'*Orientations* de Thérèse Lavoie-Roux ..... 210

**CHAPITRE 7****La consolidation du PSOC au sein**

<b>d'un MSSS en transformation.....</b>	<b>217</b>
1. Les signes avant-coureurs d'une transformation .....	218
2. De nouveaux principes d'action au sein du MAS-MSSS et leur incidence sur le PSOC .....	223
3. L'évolution du financement octroyé à partir du Programme de soutien aux organismes communautaires .....	228
4. Le PSOC par rapport aux autres sources de financement des organismes communautaires .....	235
Conclusion générale sur les années 1980 .....	237

**TROISIÈME PARTIE****L'INSTITUTIONNALISATION DE NOUVEAUX RAPPORTS****«PARTENARIAUX» ENTRE LES ORGANISMES****COMMUNAUTAIRES ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

<b>ET DES SERVICES SOCIAUX - 1991-2001 .....</b>	<b>243</b>
--	------------

**CHAPITRE 8****La transformation de l'État-providence en santé**

<b>et services sociaux .....</b>	<b>245</b>
1. Un contexte de récession économique et de contraintes budgétaires de l'État.....	246
2. La recherche de solutions et mesures de rechange aux institutions providentialistes dans le domaine sociosanitaire .....	248
3. De nouvelles structures et de nouveaux acteurs sociaux.....	252
3.1 Les régions régionales .....	253
3.2 La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles .....	254
3.3 Les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) et leur Coalition .....	259
3.4 Des relations tendues entre les regroupements nationaux et les TROC .....	262
3.5 La Coalition Solidarité Santé .....	270
3.6 Le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) et la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire autonome .....	272
4. Une nouvelle reconnaissance teintée d'ambiguïté : la Marche des femmes de 1995 et les deux sommets socioéconomiques de 1996 .....	274

5. Quelques timides tentatives de redéfinition  
de la critique sociale .....276
6. Une généralisation des principes de la critique artiste .....278

## **CHAPITRE 9**

### **Les modalités du nouveau compromis entre l'État québécois et les organismes communautaires.....281**

1. Le projet de loi 120 (chapitre 42) et la réforme Côté .....282
  - 1.1 La reconnaissance institutionnelle  
des organismes communautaires.....282
  - 1.2 La participation des organismes communautaires  
aux instances régionales .....287
2. La réforme Rochon (le virage ambulatoire)  
et les réseaux intégrés de services .....290
3. Les régies régionales et les organismes communautaires :  
des ententes à contenu variable selon les régions (1994-1998) .....292
4. La recentralisation des pouvoirs au MSSS (1998-2001) .....295

## **CHAPITRE 10**

### **La lancinante question de l'intégration des services ..... 305**

1. L'imposition graduelle de l'organisation  
en réseau dans le système sociosanitaire .....306
  2. La restructuration du MSSS et du PSOC.....310
  3. L'évolution du financement octroyé à partir du PSOC.....311
  4. La Politique de reconnaissance et de soutien  
de l'action communautaire .....323
  5. Le financement de base ou le financement spécifique :  
des enjeux importants.....326
  6. Le PSOC par rapport aux autres sources de financement .....330
- Conclusion générale sur les années 1990 .....333

## **CHAPITRE 11**

### **Un modèle à la recherche de cohérence ..... 339**

### **CONCLUSION GÉNÉRALE.....379**

### **BIBLIOGRAPHIE.....383**

### **LISTE DES TABLEAUX.....421**

---

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques générales des mondes communs.....	37
Tableau 2	Évolution du financement et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes volontaires/bénévoles par secteur d'activité de 1972-1973 à 1979-1980.....	129
Tableau 3	Montant et proportion du budget du ministère des Affaires sociales consacrés au Programme de soutien aux organismes volontaires/bénévoles de 1972-1973 à 1979-1980.....	131
Tableau 4	Évolution du financement et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes bénévoles par secteur d'activité de 1979-1980 à 1990-1991.....	229
Tableau 5	Financement des organismes bénévoles et communautaires de maintien à domicile de 1979-1980 à 1990-1991.....	230

Tableau 6	Proportion du budget du ministère des Affaires sociales consacrée au Programme de soutien aux organismes bénévoles de 1979-1980 à 1990-1991 .....	233
Tableau 7	Évolution du financement et du nombre d'organismes financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires par secteur d'activité de 1991-1992 à 2000-2001.....	314
Tableau 8	Nombre, montant total et montant moyen de subventions versées par le PSOC pour diverses catégories d'organismes communautaires en 2000-2001 ...	318
Tableau 9	Montants et proportions du budget du MSSS consacré au Programme de soutien aux organismes communautaires de 1990-1991 à 2000-2001.....	320
Tableau 10	Définition des trois principaux types de financement octroyés aux organismes communautaires.....	325



## PRATIQUES ET POLITIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES

### **L'organisation communautaire**

Fondements, approches et champs de pratique  
*Sous la direction de Denis Bourque,  
Yvan Comeau, Louis Favreau et Lucie Fréchette*  
2007, ISBN 978-2-7605-1468-3, 560 pages

### **Les centres de la petite enfance**

Un mode de gestion féministe  
en transformation  
*Anne Renée Gravel,  
Guy Bellemare et Louise Briand*  
2007, ISBN 978-2-7605-1484-3, 184 pages

### **L'Afrique qui se refait**

Initiatives socioéconomiques des communautés  
et développement en Afrique noire  
*Sous la direction de  
Louis Favreau et Abdou Salam Fall*  
2007, ISBN 978-2-7605-1325-9, 414 pages

### **Le développement social**

Un enjeu pour l'économie sociale  
*Sous la direction de Marielle Tremblay,  
Pierre-André Tremblay et Suzanne Tremblay*  
2006, ISBN 2-7605-1415-3, 376 pages

### **Le développement durable comme compromis**

La modernisation écologique  
de l'économie à l'ère de la mondialisation  
*Corinne Gendron*  
2006, ISBN 2-7605-1412-9, 294 pages

### **Le travail indépendant**

Un révélateur des mutations du travail  
*Martine D'Amours*  
2006, ISBN 2-7605-1411-0, 230 pages

### **Responsabilité sociale et environnementale de l'entreprise**

*Sous la direction de  
Marie-France B. Turcotte et Anne Salmon*  
2005, ISBN 2-7605-1375-0, 238 pages

### **La régulation sociale entre l'acteur et l'institution / Agency and Institutions in Social Regulation**

Pour une problématique historique de  
l'interaction / Toward an historical  
understanding of their interaction  
*Sous la direction de  
Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey*  
2005, ISBN 2-7605-1336-X, 616 pages

### **Le Sud... et le Nord dans la mondialisation. Quelles alternatives?**

Le renouvellement  
des modèles de développement  
*Sous la direction de Abdou Salam Fall,  
Louis Favreau et Gérald Larose*  
2004, ISBN 2-7605-1318-1, 408 pages

### **Altermondialisation, économie et coopération internationale**

*Sous la direction de Louis Favreau,  
Gérald Larose et Abdou Salam Fall*  
2004, ISBN 2-7605-1309-2, 404 pages

### **L'économie sociale dans les services à domicile**

*Sous la direction de Yves Vaillancourt,  
François Aubry et Christian Jetté*  
2003, ISBN 2-7605-1085-9, 352 pages

### **Développement local, économie sociale et démocratie**

*Sous la direction de Marielle Tremblay,  
Pierre-André Tremblay et Suzanne Tremblay,  
avec la collaboration de Martin Truchon*  
2002, ISBN 2-7605-1182-0, 356 pages

### **Pratiques émergentes en déficience intellectuelle**

Participation plurielle et nouveaux rapports  
*Sous la direction de Jean-Pierre Gagnier  
et Richard Lachapelle*  
2002, ISBN 2-7605-1180-4, 298 pages

### **Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale**

*Louis Favreau et Lucie Fréchette*  
2002, ISBN 2-7605-1089-1, 286 pages

### **Emploi, économie sociale et développement local**

Les nouvelles filières  
*Yvan Comeau, Louis Favreau,  
Benoît Lévesque et Marguerite Mendell*  
2001, ISBN 2-7605-1096-4, 336 pages

### **Insertion des jeunes, organisation communautaire et société**

L'expérience fondatrice des Carrefours  
jeunesse-emploi au Québec  
*Yao Assogba*  
2000, ISBN 2-7605-1092-1, 168 pages

### **Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être**

Une recension des écrits (1990-2000)  
*Christian Jetté, Benoît Lévesque,  
Lucie Mager et Yves Vaillancourt*  
2000, ISBN 2-7605-1087-5, 210 pages

### **Entraide et services de proximité**

L'expérience des cuisines collectives  
*Lucie Fréchette*  
2000, ISBN 2-7605-1078-6, 218 pages

### **Le modèle québécois de développement**

De l'émergence au renouvellement  
*Gilles L. Bourque*  
2000, ISBN 2-7605-1042-5, 274 pages

### **Développement économique communautaire**

Économie sociale et intervention  
*Louis Favreau et Benoît Lévesque*  
1996, ISBN 2-7605-0831-5, 256 pages

### **Pratiques d'action communautaire en CLSC**

Acquis et défis d'aujourd'hui  
*Sous la direction de Louis Favreau,  
René Lachapelle et Lucie Chagnon*  
1994, ISBN 2-7605-0762-9, 246 pages

### **CLSC et communautés locales**

La contribution de l'organisation communautaire  
*Louis Favreau et Yves Hurtubise*  
1993, ISBN 2-7605-0693-2, 228 pages

### **Théorie et pratiques en organisation commu- nautaire**

*Sous la direction de  
Laval Doucet et Louis Favreau*  
1991, ISBN 2-7605-0666-5, 488 pages









## PRATIQUES ET POLITIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES

Collection dirigée par Louis Favreau,  
Benoît Lévesque et Yves Vaillancourt

**L**a question de la reconnaissance et du financement des organismes communautaires fait l'objet d'âpres débats au Québec et ailleurs depuis plus de 30 ans. Dans le contexte de transformation des États-providence, qui a cours depuis les années 1980, ces débats se sont intensifiés et ont pris une dimension politique fondamentale. Vecteurs de privatisation et de démantèlement des services publics pour les uns, acteurs importants du tiers secteur – aux côtés des secteurs public et privé – participant au renouvellement des pratiques et des politiques sociales pour les autres, leur évolution s'inscrit au cœur même des grands enjeux sociétaux qui traversent nos sociétés. Pourtant, la lecture qui a été faite jusqu'à présent de cette évolution tend à occulter l'ampleur et la nature même des interactions dynamiques qui ont, depuis leurs débuts, marqué les rapports des organismes communautaires avec l'État québécois, notamment avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, rien peut-être ne rend mieux compte de cette interaction dynamique de coconstruction des politiques publiques que la mise en place du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Programme à vocation résiduelle s'adressant à moins d'une centaine d'organismes au moment de sa création en 1973, il constitue aujourd'hui le plus important programme de financement du gouvernement québécois consacré aux milieux communautaires, versant plus de 300 millions de dollars à environ 3000 organismes.

S'appuyant sur un impressionnant corpus de données statistiques et documentaires ainsi que sur une quarantaine d'entrevues effectuées auprès d'acteurs des milieux gouvernementaux et communautaires, ce livre a pour ambition d'analyser l'essor des organismes communautaires – et du PSOC – à travers toutes les phases de développement de l'État-providence: de son émergence au début des années 1970 jusqu'à son déclin (du moins, dans sa forme traditionnelle) et sa redéfinition au cours des années 1990 et 2000. Ce faisant, l'auteur restitue à l'histoire des milieux communautaires toute sa richesse et sa densité, tout en démontrant que leur reconnaissance s'est construite à l'intersection d'intérêts parfois contradictoires, mais toujours dans le cadre d'une interaction décisive avec l'État que ni l'un ni l'autre des protagonistes n'a jamais réussi à maîtriser totalement.



CHRISTIAN JETTÉ est sociologue, professeur en organisation communautaire à l'École de service social de l'Université de Montréal et codirecteur du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS).

[www.puq.ca](http://www.puq.ca)



ISBN 978-2-7605-1538-3