UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTAT-PROVIDENCE ET SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE AU QUÉBEC : LES CLSC COMME ÉTUDE DE CAS D'UNE ANALYSE MATÉRIALISTE ET DIALECTIQUE DE L'ÉTAT DÉMOCRATIQUE DANS LA SOCIÉTÉ CAPITALISTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN SCIENCE POLITIQUE

PAR

ANNE PLOURDE

MAI 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement mon directeur de recherche, David Mandel, dont le soutien a joué un rôle indispensable à l'accomplissement de ma démarche de recherche. Il a supervisé, lu et commenté chacune des parties de cette thèse avec une grande générosité et, surtout, sans complaisance. Les nombreux doutes et les quelques inévitables désaccords qui se sont présentés en cours de route ont suscité des discussions franches et constructives, rendues possibles par la relation de confiance et de respect mutuels que j'ai le privilège de partager avec lui.

Je remercie le Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour leur appui financier.

Je remercie les personnes qui ont généreusement accepté de partager leurs expériences d'actrices et d'acteurs de la première heure de l'histoire des CLSC. Leur témoignage a représenté un apport précieux à la thèse.

Je remercie également les travailleuses et les travailleurs de la Collection nationale de Bibliothèque et Archives nationales du Québec, celles et ceux du Service des archives et de gestion des documents de l'UQAM ainsi que celles et ceux du Service des archives de l'Université McGill pour leur travail patient, minutieux et dévoué.

Je remercie Caroline Jacquet, camarade d'études et de luttes, amie et complice, pour son soutien et ses conseils judicieux à certains moments cruciaux de mon parcours doctoral. Merci aussi à ma chère amie Lisa Desrochers, qui m'a offert lors de certains moments plus difficiles un appui émotionnel réconfortant. J'ajoute un remerciement en forme de clin-d'œil pour Isabelle Roy, amie-refuge qui m'a accueillie à quelques reprises dans son solarium, où j'ai pu rédiger en toute quiétude les dernières pages de ma thèse.

Je remercie mes parents, qui ont depuis toujours encouragé avec fierté ma vocation pour les études éternelles. La réalisation de ce projet n'aurait pas non plus été possible si je n'avais pas eu la chance d'être aussi bien entourée : merci à mes frères, à mes amies et à mes amis pour tous ces moments de plaisir partagés, carburant essentiel à l'accomplissement des entreprises exigeantes.

Enfin, je remercie de tout cœur les quatre amours de ma vie. Christian, tu m'as permis de parcourir ce long chemin dans des conditions parfaites. Sans elles, sans toi, je n'y aurais peut-être même jamais mis le pied. Grâce à toi, j'ai pu y marcher à mon rythme, sans pression, avec une passion très souvent partagée : j'ai en effet eu la chance d'avoir un compagnon de route à l'intelligence affûtée et à la curiosité intellectuelle infinie. Peu de doctorantes et de doctorants peuvent profiter, chaque fois que le besoin s'en fait sentir, de discussions riches et soutenues avec une personne manifestant pour leurs recherches un intérêt vif et sincère. Je te suis immensément reconnaissante et redevable pour ces dix années, que j'ai vécues comme un privilège.

Saule, Constance et Marion, votre aventure de vie a débuté en même temps que mon entrée dans le programme de doctorat. C'est votre existence qui a donné son sens à la mienne et qui a justifié mes convictions les plus profondes. Cette thèse vous est dédiée.

DÉDICACE

Pour Saule, Constance et Marion,
auprès de qui j'ai trouvé la motivation et l'équilibre
essentiels pour mener ce projet à terme.
Tout au long de cette aventure,
vous m'avez rappelé, chaque jour,
le plus important.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iii

DÉDICACE v

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xv

RÉSUMÉ xix

INTRODUCTION 1

PARTIE 1
POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE SOCIO-SANITAIRE 163

CHAPITRE 1
EN GUISE DE PROLOGUE : POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE POLITIQUES SOCIALES 165

1.1 Point de vue de la classe capitaliste en matière de politiques sociales 166

1.2 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de politiques sociales 173

CHAPITRE 2
POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE SANTÉ DURANT LA SECONDE MOITIÉ DU XIXe SIÈCLE 179

2.1 Développement de la médecine scientifique et professionnalisation des médecins 180

2.2 Les premières interventions étatiques en santé publique 191

2.3 Les sociétés ouvrières de secours mutuels 202

2.4 Les premières luttes pour la santé et la sécurité au travail 206

2.5 Conclusion 220

CHAPITRE 3
POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE SANTÉ DURANT LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XXe SIÈCLE 225

3.1 Transformations dans la vocation de l'hôpital et mutations dans le domaine des assurances 228

3.1.1 La nouvelle mission médico-curative des hôpitaux et la clientélisation des malades 228

3.1.2 Des sociétés ouvrières de secours mutuels aux sociétés mutuelles d'assurances d'origine bourgeoise 230

3.1.3 De l'assurance-indemnités aux premières innovations pour assurer l'accès aux soins 233

3.2 Premiers débats sur les assurances sociales (1900-1940) 237

3.2.1 Les premières revendications populaires en faveur des assurances sociales 237

3.2.2 La Loi sur les accidents de travail (1931) 243

3.2.3 La Commission des assurances sociales du Québec (1930-1933) 246

3.3 Développement et échec des assurances-maladies privées et virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins 251

3.3.1 Le développement d'une alternative privée à l'assurance étatique 251

3.3.2 L'impact sur le virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins 255

3.3.3 L'échec des assurances maladie privées 260

3.4 Conclusion 263

CHAPITRE 4
POINTS DE VUE DE CLASSE SUR L'ASSURANCE MALADIE ET L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS DURANT LES ANNÉES 1960 : VERS LA RÉFORME DES AFFAIRES SOCIALES 271

4.1 Point de vue de la classe capitaliste : la bourgeoisie devant la CESBES 274

4.1.1 Opposition à l'assurance-maladie étatique obligatoire et universelle ; pour le maintien du régime résiduel d'assistance 275

4.1.2 Rôle supplétif de l'État vs rôle prépondérant du secteur privé dans le domaine de la santé : point de vue sur l'organisation du système de soins 280

4.2 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs : le mouvement syndical et la revendication pour un réseau de polycliniques multidisciplinaires de première ligne 289

4.2.1 Rôle socio-sanitaire de l'État : l'assurance-maladie dans le contexte d'une conception globale, sociale et préventive de la sécurité sociale et de la santé 290

4.2.1.1 Conceptions de la santé, de la sécurité sociale et du rôle de l'État 290

4.2.1.2 Conception large de l'assurance-maladie 299

4.2.2 Point de vue sur l'organisation du système de soins : remise en question de la médecine libérale ; pour une rationalisation du système..... 304

4.2.2.1 Critiques de la médecine libérale 305

4.2.2.2 Rationalisation de la pratique médicale et du système de soins 314

4.3 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs : le mouvement populaire et le modèle alternatif des cliniques populaires 328

4.3.1 Pour une démystification de la médecine : critique radicale de la médecine libérale 331

4.3.2 Pour une déprofessionnalisation de la médecine : remise en question de l'organisation hiérarchique du travail 335

4.3.3 Pour une démocratisation de la médecine : le pouvoir aux citoyennes et aux citoyens 339

4.3.4 Pour une démédicalisation des problèmes sociaux et une politisation de la maladie : conception socio-politique de la prévention 341

4.4 Conclusion 344

PARTIE 2
RAPPORTS DE CLASSE ET HISTOIRE DES CLSC 351

CHAPITRE 5
LA COMMISSION SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL ET LE MODÈLE DES CENTRE LOCAUX DE SANTÉ (1967-1970) 353

5.1 Point de vue de la CESBES sur la santé 356

5.1.1 L'assurance-maladie, la sécurité sociale et le rôle socio-sanitaire de l'État 358

5.1.1.1 Conception de la sécurité sociale et du rôle socio-sanitaire de l'État 359

5.1.1.2 Conception large de l'assurance-maladie 373

5.1.2 Point de vue sur l'organisation du système de soins : critique du modèle médical et du « régime de la santé » traditionnels 379

5.1.3 Pour une médecine et une « politique de la santé » globales, sociales et préventives : vers la rationalisation du « régime de la santé » 393

5.1.3.1 Contre le modèle médical traditionnel : le « modèle social » de la « médecine globale » 393

5.1.3.2 Politique globale, sociale et préventive de la santé et rationalisation du régime 401

5.2 Le modèle des Centre locaux de santé (CLS) dans le rapport de la CESBES 419

5.2.1 Les CLS dans le nouveau « régime de la santé » 419
5.2.2 Les CLS comme pivot du régime de la santé : les principaux aspects du modèle 424
5.2.2.1 De l'hospitalo-centrisme à un régime centré sur les soins généraux : les CLS comme principale porte d'entrée du régime de la santé 425
5.2.2.2 Des soins curatifs aux soins préventifs : les CLS au cœur du virage vers la prévention 431
5.2.2.3 De la pratique médicale individuelle au CLS comme équipe de soins multidisciplinaire : une remise en question du pouvoir des médecins ? 433
5.2.3 Les CLS et la participation : quelle autonomie pour les établissements ? 439
5.3 Conclusion 453
CHAPITRE 6
LES CLSC DANS LEURS PREMIÈRES VERSIONS OFFICIELLES (1971) 461
6.1 Le projet de loi 65 (juillet 1971) 465
6.1.1 Les CLSC dans le nouveau réseau de la santé et des services sociaux 466
6.1.2 Les principaux aspects du modèle des CLSC : au-delà des « structures », un projet de loi peu explicite sur le « contenu substantiel » de la réforme 473
6.1.3 Les CLSC au cœur du projet de participation 481
6.2 Positions de classe sur le projet de loi 65 (débats en Commission parlementaire et autres) 491
6.2.1 Position de la classe des travailleuses et des travailleurs 492
6.2.1.1 Entre rejet total et adhésion critique au projet de loi 492
6.2.1.2 Un rejet du secteur privé et une action jugée insuffisante sur les causes sociales de la maladie 496
6.2.1.3 Participation populaire, décentralisation et pouvoir professionnel : pour une véritable démocratisation du réseau 502
6.2.2 Positions de la classe capitaliste 517
6.2.2.1 Une absence de position sur le projet de loi ? 518
6.2.2.2 Une antipathie générale pour le projet de loi et un rejet de la prise en charge étatique du domaine socio-sanitaire 522
6.2.2.3 Une menace pour le secteur privé 524

6.2.2.4 Décentralisation et participation : pour l'autonomie des établissements et le maintien au pouvoir des « milieux concernés » 528

6.3 La Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971) 532

6.3.1 Clarification des grands objectifs de la loi et reconnaissance formelle du droit (limité) aux services de santé et aux services sociaux 533

6.3.2 Une reconnaissance formelle du secteur privé 537

6.3.3 Des ORAS aux CRSSS : l'autonomie des établissements plutôt que la décentralisation régionale 540

6.3.4 Avancées et reculs de la participation : quel pouvoir pour les citoyennes et les citoyens ? 546

6.4 Conclusion 554

CHAPITRE 7
LA NAISSANCE DES CLSC ET LA FORME PARTICULIÈRE PRISE PAR CE MODÈLE À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS (DE FORCE) ENTRE LES CLASSES 561

7.1 1940-1960 : Le développement d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs 567

7.1.1 Le « Grand Boom » économique et le cadre institutionnel des années d'après-guerre 567

7.1.2 1880-1945 : Les rapports de classe et la mise en place du cadre institutionnel des années d'après-guerre 570

7.1.2.1 Tendances internationales 570

7.1.2.2 Canada 575

7.1.2.3 Québec 584

7.1.2.4 Au sortir de la guerre : vers un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs 588

7.1.3 1945-1960 : Les rapports de classe et le partage des fruits de la croissance économique 590

7.1.3.1 Tendances internationales 590

7.1.3.2 Canada et Québec 592

7.2 1960-1980 : La radicalisation des travailleuses et des travailleurs 596

7.2.1 Tendances internationales 596

7.2.2 La radicalisation du mouvement syndical au Canada et au Québec 598

7.2.3 Mouvements sociaux/populaires et contestations sociales au Québec 610
7.2.4 Tentatives d'organisation politique autonome au Québec 618
7.3 La naissance des CLSC, les particularités de l'État-providence québécois et les rapports de classe 624
7.4 Conclusion 648
CHAPITRE 8
IMPLANTATION, REMISE EN QUESTION, REDÉFINITION ET « NORMALISATION » DU MODÈLE INITIAL DES CLSC (1971-1981) 655
8.1 Les premières années d'implantation : le modèle initial en action (1971-1974) 661
8.1.1 Les CLSC comme programme universel : la porte d'entrée principale du réseau socio-sanitaire 664
8.1.2 Forte participation populaire, grande autonomie et peu d'encadrement ministériel/bureaucratique 671
8.1.3 Des oscillations entre une conception « sanitaire », sociale ou socio-politique de la prévention, mais une place significative pour l'action communautaire 686
8.2 Moratoire, premières tentatives de redéfinition et parachèvement du réseau : vers la « normalisation » des CLSC (1974-1981) 697
8.2.1 Vers la « résidualisation » des CLSC : des établissements « complémentaires » ou « supplétifs » au réseau des cliniques privées 703
8.2.2 Vers la bureaucratisation des CLSC : le déclin de l'autonomie et de la participation populaire 719
8.2.3 Vers la dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire : retour d'une conception étroite de la prévention et restriction du champ d'intervention de l'action communautaire 739
8.2.4 Sur le terrain : les effets (décalés) de la réorientation imposée aux CLSC par le ministère 762
8.3 Conclusion 775
CHAPITRE 9
L'ABANDON RAPIDE DU MODÈLE INITIAL DES CLSC À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS (DE FORCE) ENTRE LES CLASSES 797
9.1 Tendances internationales (et canadiennes) des années 1970 et 1980 : crise économique, offensive de la classe capitaliste et renversement du rapport de force 802

9.1.1 Les rapports de classe à l'œuvre derrière la crise économique des années 1970 : baisse du taux de profit, concurrence intercapitaliste et/ou lutte des classes 803

9.1.2 Années 1970 : offensive de la classe (et de l'État) capitaliste et résistance de la classe des travailleuses et des travailleurs 808

9.1.2.1 La classe capitaliste menacée (économiquement et politiquement) 808

9.1.2.2 Le « problème » de la démocratie 811

9.1.2.3 La classe capitaliste s'organise et passe à l'offensive (avec le soutien de l'État) 816

9.1.2.4 La combativité des travailleuses et des travailleurs bloque les tentatives de restauration du taux de profit 818

9.1.3 Années 1980 : virage néo-libéral, récession économique et renversement du rapport de force 826

9.1.3.1 La « solution » au « problème » du plein-emploi : récession économique et approfondissement du chômage 826

9.1.3.2 Le « choc Volcker » 832

9.1.3.3 Les conséquences du virage néolibéral : montée des inégalités sociales, affaiblissement du mouvement syndical et restauration du pouvoir économique et politique de la classe capitaliste 841

9.2 Crise économique, offensive capitaliste et renversement du rapport de force au Québec (années 1970 et 1980) 846

9.2.1 Face aux menaces économiques et politiques, la classe capitaliste du Québec s'organise 846

9.2.1.1 Fondation du Conseil du patronat du Québec et appels à la mobilisation de la Chambre de commerce de la province de Québec (1963-1969) 846

9.2.1.2 Généralisation des inquiétudes face à la menace (économique et politique) perçue (1969-1979) 851

9.2.2 Années 1970 : L'offensive de la classe (et de l'État) capitaliste québécois pour rétablir la « discipline » des travailleuses et des travailleurs : assaut sur les syndicats du secteur public et sur les dépenses sociales de l'État 863

9.2.2.1 Appels à la discipline et à l'autorité de l'État 863

9.2.2.2 Assaut contre les syndicats du secteur public 867

9.2.2.3 Assaut contre les dépenses sociales de l'État 877
9.2.2.4 Résistance des travailleuses et des travailleurs et inefficacité (relative) de l'offensive de la classe capitaliste (malgré le soutien de l'État) 887
9.2.3 Années 1980 : virage néo-libéral, récession économique et renversement du rapport de force au Québec 900
9.2.3.1 Choc monétaire, compressions budgétaires et victoires de l'État (et de la classe capitaliste) contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public 900
9.2.3.2 Les conséquences du virage néolibéral : le renversement du rapport de force 912
9.3 L'abandon rapide du modèle initial des CLSC et les rapports de classe 918
9.3.1 L'évolution du rapport de force entre les classes et l'évolution du modèle initial des CLSC 918
9.3.2 Impacts de l'affaiblissement du mouvement syndical sur l'évolution du modèle initial des CLSC 922
9.3.3 La classe capitaliste et l'abandon rapide du modèle initial des CLSC 927
9.4 Conclusion 957
CONCLUSION 967
BIBLIOGRAPHIE 1049

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACFQ	Association canadienne des fabricants en pharmacie
ACM	Association canadienne des manufacturiers
ADEP	Association des directeurs et des établissements privés de santé et de bien-être
CASF	Conseil des affaires sociales et de la famille
CCF	Cooperative Commonwealth Federation
CCPQ	Chambre de commerce de la province de Québec
CCPSC	Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
CCS	Centre communautaire de santé
CEQ	Centrale de l'enseignement du Québec
CESBES	Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social
CESSSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHIA	Canadian Health Insurance Association
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLS	Centre local de santé
CLSC	Centre local de services communautaires

CMTC	Conseil des métiers et du travail de Montréal
CPQ	Conseil du patronat du Québec
CSS	Centre de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CTCC	Confédération des travailleurs catholiques du Canada
FAS	Fédération des Affaires sociales (CSN)
FCCQ	Fédération des chambres de commerce du Québec
FCLSC	Fédération des CLSC du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FTPQ	Fédération provinciale du travail du Québec
FTQ	Fédération des travailleurs du Québec
FUIQ	Fédération des unions industrielles du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAS	Ministère des Affaires sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NPD	Nouveau parti démocratique
ORAS	Office régional des affaires sociales
ORS	Office régional de la santé

PLQ	Parti libéral du Québec
PQ	Parti québécois
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RQIIAC	Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire
UCC	Union des cultivateurs catholiques
UN	Union nationale

RÉSUMÉ

À travers l'étude d'un cas spécifique, celui de l'histoire des CLSC, la thèse vise trois grands objectifs : 1) montrer la pertinence de la méthode dialectique du marxisme à travers l'exemple de l'analyse socio-historique d'une réforme menée dans le domaine socio-sanitaire : celle de la création des CLSC ; 2) illustrer, toujours à partir de cette analyse, certaines thèses de la théorie marxiste de l'État démocratique dans la société capitaliste ; 3) jeter un éclairage original non seulement sur l'histoire des CLSC, mais aussi sur celle du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois.

Sur la base d'une problématique dégagée à partir de la littérature sur l'histoire des CLSC et des lacunes identifiées dans les analyses recensées, la thèse s'articule autour de la question spécifique de recherche suivante : quel est le rôle – direct ou indirect – joué par les rapports entre les classes sociales (entre capitalistes et travailleuses et travailleurs) dans la naissance des CLSC, dans la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC et dans l'abandon rapide (ou l'échec) de ce modèle ?

La démarche de recherche s'inscrit dans un cadre théorique marxiste (matérialiste et dialectique). Elle prend la forme d'une analyse historique qualitative reposant d'une part sur une recherche documentaire et l'analyse de sources de première et de seconde main, et d'autre part sur une série d'entretiens semi-dirigés avec des actrices et des acteurs ayant directement participé à l'implantation des premiers CLSC durant les années 1970.

L'analyse historique se situe sur deux échelles de temps et à deux niveaux de généralité très différents. D'une part, elle passe par une analyse spécifique, approfondie et détaillée de l'évolution du modèle *initial* des CLSC qui se limite aux années 1970 à 1981. D'autre part, l'approche holistique de la méthode dialectique impose une analyse très large de l'évolution des points de vue de classe en matière socio-sanitaire et de l'évolution du rapport de force entre les classes qui, si elle s'attarde particulièrement au Québec et aux années 1960 et 1970, remonte jusqu'à la seconde moitié du XIXe siècle et, en ce qui concerne l'évolution du rapport de force, porte aussi plus largement sur les grandes tendances internationales (et canadiennes).

La thèse conclut que les rapports de classe ont joué un rôle déterminant dans l'histoire du modèle initial des CLSC. Plus encore, la démarche montre que l'évolution du rapport de force entre les classes n'est pas un facteur comme les autres qui ne ferait que s'ajouter aux facteurs identifiés dans la littérature sur l'histoire des CLSC ; les rapports de classe agissent en fait comme le « contexte global » qui permet de comprendre d'où

viennent ces facteurs, comment ils se sont historiquement constitués et de quelle manière ils agissent.

En plus d'illustrer certaines des thèses de la théorie marxiste de l'État, la thèse fait plusieurs contributions à l'analyse de l'histoire des CLSC, du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois, dont les plus saillantes sont : de montrer que la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC – et la forme prise par la Réforme des Affaires sociales – trouve en bonne partie son inspiration au sein du mouvement syndical, qui revendique avant même l'existence des premières cliniques populaires la création de polycliniques multidisciplinaires intégrant services de santé et services sociaux ; d'offrir une explication inédite au fait qu'un modèle comme celui des CLSC ait été créé au Québec (et pas ailleurs) et au fait que l'État-providence québécois ait été rapidement projeté durant les années 1960 et 1970 à l'avant-garde des États-providence en Amérique du Nord, alors que la province se distinguait plutôt jusqu'à la fin des années 1950 par son retard en la matière ; de démontrer l'existence d'un décalage temporel entre le moment où se produit l'abandon du modèle initial des CLSC par le ministère et le moment où la redéfinition du modèle est effectivement ressentie sur le terrain, et d'offrir une explication convaincante à ce décalage ; de montrer que la classe capitaliste a été dans plusieurs cas directement ciblée par des actions sur les causes sociales de la maladie initiées à partir des CLSC – ou que les CLSC ont contribué à organiser – et que le caractère « dérangeant » des CLSC a *aussi* menacé le milieu des affaires.

Mots-clés : CLSC, santé, État-providence, État, capitalisme, dialectique

INTRODUCTION

0.1 Définition et pertinence du sujet

Trois objectifs liés entre eux sous-tendent la thèse. D'abord, elle vise à montrer la pertinence de la méthode dialectique du marxisme à travers l'exemple d'une analyse socio-politique concrète, celle du destin des Centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec. Ensuite, par cette analyse d'une tentative de réforme particulière – celle du système socio-sanitaire québécois au tournant des années 1970 – elle espère illustrer certaines thèses de la théorie marxiste de l'État démocratique dans la société capitaliste. Enfin, elle souhaite aussi apporter une contribution à l'analyse de l'histoire des CLSC, et plus largement du système socio-sanitaire et de « l'État-providence » québécois[1].

Le sujet de la thèse se situe donc au carrefour de trois domaines de la science politique : la méthodologie et l'épistémologie ; la théorie de l'État ; les politiques sociales. La pertinence de ce sujet provient d'abord de ce que les systèmes de soins sont généralement considérés comme un des enjeux majeurs auxquels doivent faire face les systèmes publics de sécurité sociale contemporains, eux-mêmes entrés depuis quelques décennies dans ce qu'il est convenu d'appeler la « crise de l'État-providence » (Rosanvallon, 1981). Dans ce contexte, les systèmes de soins sont – comme l'ensemble des programmes sociaux – soumis à un processus de restructuration auquel n'échappe pas le système socio-sanitaire québécois : les réformes introduites à la suite de la publication du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux présidée par Michel Clair (Bergeron et Gagnon, 2003 ; Gaumer, 2006 ; Fleury

[1] Pour plus de commodité, et bien qu'il soit idéologiquement chargé, nous utiliserons le terme « État-providence » pour désigner les systèmes publics de sécurité sociale qui se sont consolidés dans la plupart des pays occidentaux suite à la Seconde guerre mondiale.

et Gaumer, 2007) et celles qui ont suivi le jugement Chaoulli (Prémont, 2008) sont des manifestations récentes de ce processus au Québec. Encore plus récemment, l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, a procédé à une série de réformes majeures du réseau socio-sanitaire qui s'inscrivent aussi en continuité à celles amorcées au début des années 2000[2].

Dans l'analyse du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois, les CLSC sont apparus comme un point de vue privilégié à plusieurs égards. Il est généralement convenu que les travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES), mise sur pied en 1966, et la Réforme des Affaires sociales qui a suivi ses recommandations ont présidé à la naissance du système socio-sanitaire québécois moderne. Il est toutefois moins connu en dehors de la littérature spécialisée que les CLSC, fondés au même moment, devaient à l'origine constituer la clé de voûte de cette réforme (Desrosiers et Gaumer, 2004a, 2004b ; Godbout et Martin, 1974 ; Jetté, 2008 ; Lesemann, 1979 ; Roy, 1987).

En cela, l'histoire du réseau socio-sanitaire québécois est étroitement liée au destin des CLSC. Notamment, « l'échec » ou l'abandon rapide du modèle initial des CLSC n'est certainement pas étranger aux développements subséquents qui ont marqué le réseau dans son ensemble. Or, la démarche proposée ici permet de jeter un éclairage inédit sur les enjeux actuels auxquels fait face le système socio-sanitaire québécois justement parce qu'elle recherche dans sa genèse – et plus particulièrement dans les limites inscrites au cœur même de la Réforme des Affaires sociales et du modèle initial des CLSC – une des sources de ce que l'on peut bien appeler sa présente « crise ». C'est dans cette optique qu'une attention particulière sera portée au projet des CLSC tel que conçu à l'origine ainsi qu'aux facteurs ayant provoqué l'abandon rapide de ce modèle

[2] Les implications de ces réformes et leurs liens de continuité avec les tendances qui marquent le système socio-sanitaire depuis la première version de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971 seront discutés en conclusion du chapitre 8.

initial, et donc à la période qui couvre la naissance et les premières années d'existence des CLSC (1970-1981).

De même, la nature particulière du mandat originel des CLSC – qui recouvrait autant le domaine de la santé que celui des services sociaux – place cette institution au cœur de l'histoire de l'État-providence québécois. Nés dans la foulée de la construction – tardive – du système public de sécurité sociale au Québec, l'évolution du modèle initial des CLSC s'inscrit aussi étroitement dans le processus de restructuration des politiques sociales entamé depuis la fin des années 1970 et supposé répondre aux défis posés par ladite « crise de l'État-providence ». En ce sens, l'analyse de l'histoire des CLSC contribue à présenter sous un jour nouveau celle de l'État-providence québécois.

Le cas des CLSC est également particulièrement adéquat pour servir de base concrète à une réflexion sur l'État démocratique dans la société capitaliste. Dans la théorie marxiste de l'État – et à l'encontre des thèses néo-institutionnalistes qui dominent largement la littérature sur l'État-providence depuis les années 1980[3] –, l'État démocratique n'est pas considéré comme « autonome » du système capitaliste et des rapports de classe dans lesquels il s'inscrit, même si on considère qu'il jouit d'une certaine autonomie (ou d'une « autonomie relative »). Au contraire, il est conçu comme un État fondamentalement *capitaliste* dont le rôle primordial est d'assurer la préservation et la reproduction du système capitaliste. Malgré sa forme démocratique, il n'est donc pas conçu – à l'instar des thèses défendues par la théorie pluraliste et devenues classiques en science politique[4] – comme un arbitre neutre situé au-dessus des intérêts particuliers qui s'affrontent dans la société (notamment les intérêts de classes). La théorie marxiste de l'État considère plutôt que le champ de la lutte politique

---

[3] Le titre de l'ouvrage de Evans *et al.* (1985) – *Bringing the State Back In* – est particulièrement emblématique de ce courant qui, contre les approches pluraliste et marxiste, propose un véritable « retour à l'État » et une prise en compte sérieuse des facteurs politico-institutionnels. Voir également Hall et Taylor (1997), Immergut (1998) et Stone (1992).

[4] Voir notamment les travaux de Dahl (2000, 1961), considérés comme un jalon important dans le développement de cette théorie.

est, même dans les régimes démocratiques, biaisé de manière systémique en faveur de la classe capitaliste[5].

La théorie marxiste de l'État démocratique pose donc la question des *limites* de la démocratie dans le cadre de la société capitaliste, et plus spécifiquement des limites qu'imposent le système capitaliste et les intérêts de la classe capitaliste sur la capacité de l'État à entreprendre et à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des revendications et des intérêts des forces populaires. Or, ce questionnement trouve un écho particulier dans l'épisode de la Réforme des Affaires sociales et de la naissance des CLSC.

En effet, la création des CLSC, parce qu'elle est inspirée des expériences de cliniques populaires qui émergent aux États-Unis durant les années 1960, pose avec acuité la question de la capacité de l'État démocratique à réaliser des réformes sociales « progressistes ». Le cas des CLSC est d'autant plus intéressant à cet égard que le modèle des CLSC pourra être comparé à celui des cliniques populaires, apparu au Québec à l'initiative de groupes populaires durant les travaux de la CESBES. C'est ainsi que les limites du projet initial des CLSC pourront être précisément mesurées par la mise en contraste de ce projet avec celui de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, choisie notamment pour la radicalité de son modèle initial[6].

On pourrait dire des CLSC qu'ils constituent également un cas d'école pour étudier la question de l'autonomie de l'État démocratique face aux rapports de classe qui traversent la société capitaliste. Comme le souligne Sidney Lee, les CLSC ont en effet été fondés dans un contexte unique et exceptionnellement favorable : les personnes qui ont participé aux travaux de cette commission d'enquête gouvernementale ont eu la possibilité d'appliquer elles-mêmes leurs propres recommandations puisque plusieurs

---

[5] La théorie marxiste de l'État et ses divers courants seront abordés de manière plus approfondie au moment de présenter le cadre théorique (voir *infra*, section 0.3.4).
[6] Ce choix sera justifié au moment de présenter la méthodologie.

d'entre elles (et notamment Claude Castonguay, président de la CESBES devenu ministre des Affaires sociales) se sont retrouvées au pouvoir quelques mois à peine après le dépôt du rapport sur la santé (Lee, 1979, p. 14)[7]. La distance entre les recommandations du rapport et leur application rend donc particulièrement pertinente une réflexion sur l'autonomie de l'État par rapport aux pressions considérées comme « externes » dans les approches non-dialectiques comme la théorie néo-institutionnaliste.

L'intérêt du cas choisi pour incarner la démarche proposée provient également du défi particulier qu'il pose au marxisme. En effet, le choix de se concentrer sur le système socio-sanitaire plutôt que sur des politiques sociales liées de façon plus évidentes aux catégories d'analyse typiques du marxisme – comme l'assurance-chômage ou les pensions de vieillesse, qui réfèrent plus directement aux rapports entre capitalistes et travailleuses et travailleurs – ne va pas de soi. D'ailleurs, nous pourrons constater que le marxisme est très peu présent dans la littérature sur les CLSC, surtout la plus récente. Cela n'est peut-être pas non plus étranger au fait que le domaine de la santé et de la maladie, dont la dimension organique et biologique est difficilement réductible, peut apparaître comme réfractaire à une approche qui, nous le verrons, pose les rapports sociaux comme fondamentaux. L'application du marxisme à ce domaine, si elle est peu usitée[8], permet de ce fait même de contribuer significativement et de manière originale à l'analyse du système socio-sanitaire.

L'émergence des politiques sociales et leur consolidation dans l'État-providence posent également un défi particulier au marxisme au sens où elles sont invoquées pour contester son analyse de l'État démocratique, voire même sa capacité à appréhender les phénomènes politiques dans les sociétés capitalistes avancées, considérées comme

---

[7] Le contexte politique « exceptionnellement favorable » à l'application de la réforme est également mis en relief par Renaud (1977b, p. 134).

[8] Pour de rares exemples d'application du marxisme à l'analyse du domaine de la santé, voir Berliner (1981), Navarro (1981, 1978, 1977, 1976), Swartz (1977) et, plus récemment, plusieurs des articles parus dans Leys et Panitch (2009).

trop complexes pour être analysées en termes de classes sociales. Ainsi, Aron, en défenseur de la théorie pluraliste, utilise le cas des politiques sociales pour soutenir que l'État démocratique ne favorise pas de façon décisive les intérêts de la classe économiquement dominante et ce, malgré la persistance des inégalités économiques qui caractérisent le système capitaliste. En effet, ce cas montre selon lui que, malgré le pouvoir économique que lui confère le système capitaliste, la classe capitaliste peut perdre des luttes politiques importantes au profit des travailleuses et travailleurs (Aron, 1987, p. 141). L'émergence de l'État-providence est aussi citée par Aron pour remettre en question les thèses marxistes sur la société capitaliste elle-même : selon lui, la consolidation de l'État-providence durant les années qui suivent la Seconde guerre mondiale s'est accompagnée d'une baisse sans précédent des inégalités sociales, ce qui va à l'encontre de la thèse marxiste d'une polarisation sociale croissante des sociétés capitalistes (Aron, 2002, chapitre 18).

De même, les auteures et auteurs néo-institutionnalistes considèrent que le cas des politiques sociales est particulièrement révélateur de la capacité de l'État à émerger comme entité autonome et déterminante dans les sociétés capitalistes[9]. Non seulement les analyses néo-institutionnalistes de l'État-providence insistent-elles sur le rôle central joué par l'État et les facteurs strictement politiques (contraintes et structures institutionnelles, bureaucratie, actrices et acteurs politiques, etc.) dans le développement des politiques sociales, mais certaines de ces analyses soutiennent que plusieurs d'entre elles se sont constituées indépendamment des rapports de classe. C'est notamment la position défendue par Bernier, qui affirme que les politiques sociales canadiennes ont en général émergé à l'initiative de la bureaucratie plutôt que sous la pression des groupes populaires (Bernier, 2003, p. 209). Dans une polémique avec l'auteur marxiste Cuneo, Pal défend une thèse semblable en ce qui concerne

[9] Pour des analyses néo-institutionnalistes de l'État-providence, voir notamment : Béland (2002), Bernier (2002), Esping-Andersen (1999, 1983), Evans et Rueschemeyer (1985), Merrien (1997), Pal (1986a, 1986b), Pierson (1996), et Skocpol (1985).

l'émergence de l'assurance-chômage au Canada (Cuneo, 1986 ; Pal, 1986a, 1986b). Mais plus encore, la théorie néo-institutionnaliste soutient que l'État-providence, plutôt que d'être simplement le produit des rapports de classe, est lui-même devenu, durant les années qui ont suivi la Seconde guerre mondiale, une institution déterminante dans la structuration de ces rapports (voir notamment Gosta Esping-Andersen, 1999), ce qui justifie de l'étudier comme une entité autonome dotée de sa logique propre.

Le cas des politiques sociales occupe aussi une place importante dans la critique féministe de l'analyse marxiste de l'État. En effet, et au-delà de leurs nombreuses divergences, les analyses féministes de l'État-providence soulignent les limites – voir même le caractère sexiste et androcentriste – des analyses non-féministes de l'État, y compris l'analyse marxiste[10]. Dans cette perspective, l'État-providence apparaît en effet comme une institution non seulement sexiste (avec ses effets différenciés sur les sexes (Orloff, 1996, 1993)), mais plus profondément comme une institution fondamentalement marquée par les rapports sociaux de sexe et par les transformations de la société patriarcale (notamment de la structure familiale) (Piven, 1985). Inversement, l'État-providence apparaît aussi comme un facteur structurant majeur de ces mêmes rapports, avec des effets de retour important sur la structure familiale, sur la division sexuelle du travail, sur la dépendance économique des femmes ainsi que sur leur comportement politique (Lamoureux, 2010 ; Piven, 1985 ; Hernes, 1987). On reproche aux approches non-féministes (y compris au marxisme, qui centre son analyse de l'État – et de l'État-providence – sur son caractère capitaliste et sur les rapports de classe dans lesquels il s'inscrit) de négliger, voire même d'être aveugle à cette

[10] Pour des analyses féministes de l'État-providence, voir notamment : Hernes (1987), Lamoureux (2010, 1990a, 1990b), Lewis, (1993), Marques-Pereira (1990), Masson (1999), Orloff (1996, 1993), Orloff et Skocpol (1988), Piven (1985) et Sainsbury (1996). Soulignons que parmi ces analyses féministes, plusieurs peuvent également être rapprochées des courants néo-institutionnaliste, marxiste ou post-moderniste. Elles sont classées ici pour leur insistance sur les liens entre l'État-providence et les rapports sociaux de sexe.

dimension pourtant fondamentale et sans laquelle l'analyse des politiques sociales ne peut être qu'incomplète[11].

Si le cas des politiques sociales et de l'État-providence pose un défi particulier au marxisme et à son analyse de l'État démocratique dans la société capitaliste, il n'est certainement pas étranger aux développements majeurs qui, à partir de la fin des années 1960, ont justement permis la constitution d'une véritable théorie marxiste de l'État[12]. À cette époque, les thèses classiques du marxisme sur la nature de classe de l'État et sur son caractère fondamentalement capitaliste sont d'autant plus contestées – notamment, comme nous l'avons vu, par la théorie pluraliste émergente – que l'État moderne a dans plusieurs sociétés capitalistes acquis un niveau de maturité démocratique et un caractère « providentiel » inédits à l'époque de Marx. Si le fameux débat entre Miliband (1983, 1982, 1970) et Poulantzas (1969) a joué un rôle fondateur dans l'émergence d'une « nouvelle » théorie marxiste de l'État[13], le développement de cette théorie passera également de façon cruciale par l'abondante littérature marxiste sur l'État-providence et les politiques sociales qui s'ensuivra[14].

---

[11] Malheureusement, la présente démarche, centrée sur les rapports de classe et sur le caractère capitaliste de nos sociétés, n'échappera pas à ces critiques et devra assumer son caractère limité. Précisons toutefois que, dans l'approche matérialiste *et dialectique* défendue ici, qui insiste particulièrement sur le rôle fondamental des rapports sociaux dans la structuration des sociétés, rien n'empêche en principe la prise en compte sérieuse des rapports sociaux *de sexes* et du caractère patriarcal de nos sociétés. Nous verrons d'ailleurs au moment de présenter le cadre théorique que plusieurs auteures féministes – pour la plupart associées au féminisme matérialiste – ont contribué à l'inspirer. De plus, des pistes de recherche pour alimenter une future analyse féministe de l'histoire des CLSC et du système de socio-sanitaire québécois seront proposées en conclusion de la thèse.

[12] Bien qu'une théorie de l'État soit déjà présente à l'état d'ébauche chez Marx, elle est disséminée dans divers écrits – nous faisons ici principalement référence aux ouvrages dits philosophiques (Marx, 1971, 1968) et historico-politiques (Marx, 2002, 1972) de Marx – et n'a pas fait l'objet, faute de temps semble-t-il, du traitement approfondi et systématique dont a bénéficié l'analyse du capitalisme lui-même (à ce sujet, voir Codato et Perissinotto (2002), Lebowitz (2003) et Rubel (1974)).

[13] Cet avis est partagé par la plupart des contributrices et des contributeurs de l'ouvrage dirigé par Aronowitz et Bratsis (2002). Voir en particulier Barrow (2002, 1993) et Panitch (2002). Comme cela a été mentionné, nous aurons l'occasion de revenir sur ce débat et, de manière plus large, sur les divers courants qui traversent la théorie marxiste de l'État au moment de présenter le cadre théorique (voir *infra*, section 0.3.4).

[14] Barrow (1993) insiste particulièrement sur les liens étroits entre le développement de la théorie marxiste de l'État et les débats entourant les liens entre État-providence et capitalisme. Ces liens sont

L'État-providence est donc au cœur de ce que l'on peut considérer comme un renouvellement non seulement de la théorie marxiste de l'État, mais également des débats sur la nature de l'État qui traversent plusieurs courants importants de la science politique. C'est dans ce double renouvellement que souhaite s'inscrire la présente démarche de recherche en illustrant, par le biais de l'analyse d'une réforme étatique particulière réalisée à partir d'une approche centrée sur la dimension dialectique du marxisme, certains aspects de la théorie marxiste de l'État. Cette démarche apparaît comme d'autant plus pertinente que, sur les questions qui concernent la nature de l'État démocratique et les limites que lui impose le système capitaliste, la méthode dialectique permet d'en arriver à un positionnement qui ne correspond ni à celui des marxismes qui négligent la dimension dialectique du matérialisme, ni à celui des courants critiques du marxisme qui rejettent le matérialisme et l'analyse en termes de classes sociales.

D'une part, le marxisme défendu ici s'inscrit dans un matérialisme qui analyse l'État sans l'abstraire de la société capitaliste et des rapports de classe dans lesquels il s'enracine. En cela, il ne se distingue pas des thèses marxistes sur l'État démocratique présentées plus haut : dans cette perspective, non seulement le système capitaliste impose-t-il des contraintes et des limites à l'action de l'État et aux réformes sociales qu'il peut tenter, mais il structure également le champ de la lutte politique de telle sorte qu'il favorise de manière systémique la classe socialement et économiquement dominante.

Cependant, si cette approche se distingue des courants non matérialistes, son insistance sur la dimension dialectique du matérialisme lui permet également de se distinguer des matérialismes que l'on pourrait qualifier de « mécaniques » et qui conçoivent les

---

aussi très apparents chez Levine (2002). Pour des analyses marxistes (ou proches du marxisme) de l'État-providence, voir notamment (outre les auteurs mentionnés plus haut concernant le système socio-sanitaire) : Bellemare (1984), Bernier (1984), Campeau (2001), Cloward et Piven (2002, 1982, 1971), Cuneo (1986, 1980, 1979), De Brunhoff (1984), Ehrenreich et Piven (2006), Finkel (1979, 1977), Gough (1979, 1978, 1975), Lipietz (1983), Moscovitch (1984, 1980), Newsinger (2009), Offe (1984), Stevenson (1977), Therborn (1984) et Wahl (2011).

processus historiques comme le déploiement quasi automatique des lois matérielles objectives et désincarnées du capital. Dans ce type d'approches, l'État ainsi que chacune des réformes qu'il introduit tendent à être compris à partir d'une fonction présumée de reproduction du système capitaliste, et donc comme servant nécessairement les « intérêts objectifs » de la classe dominante[15].

Au cœur du matérialisme *dialectique* se trouve au contraire une conception relationnelle et dynamique de la réalité sociale qui lui permet d'éviter de telles dérives fonctionnalistes : il est clairement réaffirmé – et intégré dans l'analyse – que les relations sociales, et notamment les rapports entre les classes sociales, constituent le fondement de la société capitaliste et de ses institutions. L'État – mais aussi l'État-providence et le système socio-sanitaire – sont donc compris comme la « cristallisation momentanée » de ces rapports sociaux et les réformes comme le fruit d'une lutte sociale dont l'issue est toujours incertaine, malgré le caractère biaisé de cette lutte[16]. C'est la pertinence de cette approche que la présente démarche cherche à montrer par le biais de l'analyse matérialiste et dialectique d'une réforme particulière : celle de la création des CLSC.

* * *

Si une première ébauche de problématique est esquissée dans les pages qui précèdent – principalement autour de la question de la nature de l'État –, la revue de la littérature qui suit nous permettra de la recentrer sur le cas des CLSC et d'en définir plus précisément les contours. Elle nous permettra également d'identifier les problèmes et les lacunes de la littérature sur les CLSC auxquels une approche matérialiste et

[15] Voir notamment les versions les plus rigides des approches marxistes de l'État proches du structuro-fonctionnalisme (voir *infra*, section 0.3.4).

[16] Nous reviendrons, au moment de présenter le cadre théorique, sur le matérialisme dialectique ainsi que sur cette définition de l'État comme « cristallisation momentanée » de rapports sociaux (voir *infra*, sections 0.3.2 et 0.3.4).

dialectique pourraient répondre. Enfin, elle nous permettra de formuler la question spécifique de recherche et les principales hypothèses qui ont guidé notre démarche.

0.2 Revue de la littérature, problématique, question de recherche et hypothèses

Précisons d'abord que la littérature consacrée spécifiquement au modèle des CLSC et à son évolution est très peu abondante. Plusieurs des analyses recensées ne s'intéressent d'ailleurs que secondairement au cas des CLSC et portent plus largement sur l'histoire du système socio-sanitaire québécois. Précisons également que cette littérature est plutôt réfractaire aux classifications puisqu'à quelques exceptions près, le cadre théorique des analyses recensées, s'il existe, n'est pas explicité. Néanmoins, il est possible de diviser ces analyses en trois grandes catégories : 1) les approches qui, au plan analytique, sont centrées sur le système socio-sanitaire, au sens où elles insistent sur les facteurs et sur les actrices et acteurs « internes » à ce système pour en comprendre l'évolution (section 0.2.2)[17] ; 2) les analyses, beaucoup moins nombreuses, qui incluent dans leur démarche une réflexion sur la nature de l'État et qui proposent un cadre théorique permettant d'appréhender le système socio-sanitaire à partir des forces ou structures sociales plus larges dans lesquelles son évolution s'inscrit (section 0.2.3)[18] ; 3) les approches inspirées du marxisme et qui, en plus de proposer une réflexion sur la nature de l'État et un cadre théorique qui déborde le système socio-sanitaire, intègrent dans ce cadre théorique une analyse du système capitaliste (section 0.2.4)[19].

---

[17] Notons que cette catégorie est constituée d'une proportion importante des analyses recensées : Bozzini (1988) ; Desrosiers (1999) ; Desrosiers et Gaumer (2004a ; 2004b) ; Fleury et Gaumer (2007 ; 2008) ; Gaumer (2006) ; Godbout (1977 ; 1979) ; Godbout et Martin (1974) ; et Lee (1979).

[18] Nous incluons ici les analyses de Bergeron (1999) ; Bergeron et Gagnon (2003) ; et Jetté (2008).

[19] Il s'agit des analyses de Lesemann (1978 ; 1979 ; 1981) ; et Renaud (1975 ; 1977a ; 1977b ; 1981).

Fait intéressant, nous constaterons à travers cette recension critique que malgré les divergences importantes entre les trois catégories d'approches présentées dans les pages qui suivent, aucune des analyses recensées ne parvient à éviter certains pièges récurrents qu'il s'agira ici de mettre en relief. Mais avant de s'attarder aux divergences et aux problèmes qui marquent cette littérature, il convient d'en dégager certains consensus, à partir desquels il sera possible de préciser quelques éléments de problématique.

0.2.1 Éléments de problématique

Tout d'abord, la plupart des analyses recensées soulignent le caractère original (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 14; Godbout, 1977, p. 51), voire unique de ce modèle d'établissement au Canada, et même dans l'ensemble du monde occidental (Bozzini, 1988, p. 346; 352). Selon Desrosiers et Gaumer, les CLSC ont d'ailleurs connu une véritable « consécration internationale reconnaissant l'originalité et la qualité de ce modèle québécois d'organisation des services de santé et des services sociaux de première ligne » (2004b, p. 64)[20].

Le caractère original et innovant – et, pourrait-on dire, avant-gardiste – des CLSC doit toutefois être mis en contraste avec l'autre grande originalité du système socio-sanitaire (et de l'État-providence) québécois, à savoir son émergence tardive, non seulement par rapport au reste du monde occidental, mais aussi par rapport au reste du Canada[21].

---

[20] L'article de Canonne (1977), auteur français qui propose une analyse particulièrement apologétique du modèle des CLSC et de la Réforme des Affaires sociales dans son ensemble, est emblématique de cette reconnaissance internationale acquise par les CLSC.

[21] Ce constat fait également consensus dans la littérature recensée. Voir notamment Fleury et Gaumer (2007, p. 7), qui soulignent le retard considérable du Québec en ce qui concerne l'instauration de l'assurance-maladie ; Jetté (2008), qui mentionne que le passage au modèle de développement fordiste et providentialiste, s'il a lieu durant les années 1930 dans la plupart des pays occidentaux et durant les années 1940 et 1950 pour le reste du Canada, ne se produit qu'à partir des années 1960 au Québec (p. 36 ;

Plusieurs analyses soulignent d'ailleurs le fait que si, jusqu'aux années 1960, le Québec se démarque des autres provinces canadiennes par un État-providence presque inexistant, il s'en distingue par la suite non seulement par la rapidité, mais également par l'ampleur et la nature des réformes réalisées durant ce qu'il est convenu d'appeler la « Révolution tranquille ».

Pour Desrosiers et Gaumer, les réformes des années 1960 « ont permis au Québec d'opérer un important rattrapage et, dans plusieurs domaines, de se hisser à l'avant-garde des réformes sociales au Canada. » (2004a, p. 10) Bergeron et Gagnon vont dans le même sens (2003, p. 19). De même, Lee affirme que parmi tous les rapports, fédéraux et provinciaux, qui feront suite à celui, publié en 1964, de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), « none was more significant or farreaching in its implications than that of the [CESBES] in Quebec » (1979, p. 3).

Le contraste entre ce contexte peu favorable et l'apparition d'un modèle d'établissement aussi original et novateur que les CLSC pose avec d'autant plus d'acuité et de pertinence *la question des facteurs expliquant la naissance des CLSC et la forme particulière prise par ce modèle*. En d'autres termes, comment un modèle aussi novateur a-t-il pu émerger dans un Québec à peine sorti de ce qu'il est convenu d'appeler la « Grande noirceur » ?

Par ailleurs, un autre des consensus qui se dégagent de la littérature sur les CLSC concerne leur rôle crucial dans la Réformes des affaires sociales. Pour Lesemann, « [l]es CLSC opérationalisent [...] les principaux concepts de la réforme technocratique de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. » (1979, p. 7) Il ajoute d'ailleurs qu'en « ce sens, ils offrent un lieu privilégié

---

44) ; Renaud, qui insiste sur le caractère réactionnaire et conservateur de l'État québécois en matière de politiques sociales jusqu'à la Révolution tranquille (1977b, p. 131 ; 144) ; il est rejoint en cela par Lesemann qui souligne également le « conservatisme extrême » de l'État québécois de l'époque (1981, p. 20-21).

d'observation et d'analyse des principaux enjeux sociaux qui sont liés au processus de la réforme. » (1979, p. 7) Jetté souligne l'importance de ces établissements pour le Ministère des Affaires sociales (MAS) de l'époque :

> [Les CLSC] 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. 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 [...]. (2008, p. 77).

De même, Desrosiers et Gaumer mentionnent que les CLSC étaient présentés « comme la pièce maîtresse de la réforme des services de santé et des services sociaux du Québec au début des années 1970 » (2004b, p. 52), notamment parce qu'ils « étaient appelés à devenir la principale porte d'entrée du réseau public » (2004b, p. 52). De plus, selon Gaumer (2006), « [l]es CLSC et les DSC devaient être les endroits privilégiés de l'intégration du sanitaire et du social. » (p. 27) En d'autres termes, ils « devaient être le fer de lance de la conciliation entre médecine de soins, prévention et réadaptation, conformément aux recommandations du rapport de la CESBES. » (p. 28) Plus encore, ils étaient en quelques sortes destinés à devenir le cheval de Troie d'une transformation majeure du système socio-sanitaire : « Basing themselves on the concept of *comprehensive medicine*, the CLSCs were to transform the healthcare system and lead it away from the medical model that predominated at the time, toward a more social model. » (Fleury et Gaumer, 2008, p. 91)

Or, si « [l]a création des CLSC devait constituer la véritable clé de voûte du système axé sur la médecine globale » (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 12) et que, « [s]elon le plan original, ces établissements devaient être la porte d'entrée du système » (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 13), il est également unanimement reconnu dans la

littérature recensée que le projet initial des CLSC a été rapidement – dès le milieu des années 1970 – abandonné (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 14; Jetté, 2008, p. 136; Lesemann, 979, p. 12; Renaud, 1977b, p. 141; Desrosiers, 1999, p. 14).

Devant ce double constat – celui du rôle crucial attribué aux CLSC dans la Réforme des Affaires sociales et celui de l'abandon, dès leurs premières années d'existence, de plusieurs des caractéristiques centrales du modèle initial – il convient de se demander comment ce modèle d'établissement, considéré par ses fondatrices et fondateurs comme la clé de voûte ou le cœur de l'ensemble de la Réforme des Affaires sociales, a pu être abandonné aussi rapidement. En d'autres termes, à travers la littérature sur les CLSC s'impose *la question des facteurs ayant conduit à l'abandon rapide – c'est-à-dire dès la fin des années 1970 – du modèle initial des CLSC.*

* * *

En filigrane des consensus qui traversent la littérature sur les CLSC se profilent donc les grandes lignes d'une problématique désormais recentrée sur les CLSC. Ce premier survol de la littérature sur les CLSC nous permet en effet de dégager une formulation préliminaire de la question spécifique de recherche qui guidera non seulement l'analyse plus approfondie de la littérature qui s'ensuit, mais également l'ensemble de notre démarche. Pour l'instant, il s'agira de voir de quelles manières répondent les auteures et auteurs associés à chacune des catégories définies plus haut à *la question des facteurs expliquant la naissance et la forme particulière prise par le modèle des CLSC ainsi que des facteurs ayant conduit à l'abandon rapide de ce modèle.*

Précisons avant d'aller plus loin que si la reproblématisation entamée ici peut de prime abord ne sembler que faiblement reliée aux éléments de problématique esquissés dans l'introduction autour de la question de la nature de l'État, les liens entre ce qui constitue en fait deux dimensions d'une même problématique apparaîtront plus clairement dans

l'analyse qui suit, surtout lorsqu'il s'agira de présenter les analyses des deuxième (section 0.2.3) et troisième (section 0.2.4) catégories.

0.2.2 Rapports de forces internes au réseau : les approches centrées sur le système socio-sanitaire

Une première catégorie d'analyses appréhende l'évolution des CLSC principalement à partir de facteurs « internes » au système socio-sanitaire[22]. Plus spécifiquement, ces analyses se concentrent sur les rapports de force entre les groupes qui sont considérés comme les principaux acteurs du réseau sociosanitaire québécois : le gouvernement québécois, et plus particulièrement le MAS, qui deviendra éventuellement le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ; les diverses commissions d'études et d'enquêtes qui se sont succédées sur le système socio-sanitaire et leurs commissaires ; les établissements et leurs regroupements ; les gestionnaires des établissements ; les professionnelles et les professionnels œuvrant au sein des établissements et leurs regroupements ; les organismes communautaires et leurs regroupements ; et, enfin, les usagères et usagers des services les groupes les représentant.

Précisons que dans plusieurs textes, le gouvernement fédéral est lui aussi, en tant que législateur et source majeure de financement, considéré comme un acteur important du système socio-sanitaire québécois (Desrosiers, 1999 ; Desrosiers et Gaumer, 2004a ; Bozzini, 1988 ; Lee, 1979). Selon ces auteurs, et bien que le domaine des politiques sociales soit une compétence exclusivement provinciale, le gouvernement fédéral a historiquement joué un rôle considérable en matière de santé, notamment en définissant des normes nationales minimales et uniformes pour l'ensemble des systèmes de soins provinciaux. Il est également à l'origine de nombreuses autres initiatives structurantes

[22] À cet égard, le titre de l'article de Desrosiers et Gaumer (2004b) est exemplaire : « L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau ».

pour les systèmes de soins provinciaux, y compris pour le système québécois[23]. Pour Desrosiers et Gaumer, c'est d'ailleurs sous la pression de ces initiatives que sera fondée la CESBES (2004a, p. 11). En cela, le gouvernement fédéral a joué un rôle – au moins indirect – dans la naissance des CLSC.

Dans ce type d'analyses, ce sont donc ces actrices et acteurs « internes » au système socio-sanitaire – leurs intentions, leurs idéologies, leurs intérêts et leur capacité à s'imposer dans les rapports de force au sein du réseau socio-sanitaire – qui constituent les principaux facteurs permettant de comprendre l'histoire particulière des CLSC et, plus largement, du système socio-sanitaire dans son ensemble. Bien sûr, d'autres facteurs peuvent être mentionnés – l'état des connaissances scientifiques dans le domaine médical, le contexte sociopolitique de la Révolution tranquille, le développement économique et ses fluctuations, l'influence de certains modèles ou de certaines idéologies, etc. Toutefois, et même si certains textes – notamment les textes consacrés de manière plus large à l'ensemble de la Réforme des Affaire sociale ou à l'histoire du système socio-sanitaire québécois (et non seulement à l'histoire des CLSC) (Desrosiers, 1999 ; Desrosiers et Gaumer, 2004a ; Lee, 1979) – vont faire intervenir ou développer davantage ce type de facteurs, ils ne sont pas articulés et intégrés de manière systématique dans un cadre théorique clair. Ils apparaissent donc généralement soit de manière éclectique, soit comme des éléments de contexte « externes » à l'analyse du système socio-sanitaire en tant que telle, qui se concentre pour sa part sur les rapports de force entre actrices et acteurs du réseau.

Ainsi, en ce qui concerne les facteurs permettant de comprendre la naissance des CLSC et la forme spécifique prise par ce modèle, plusieurs analyses vont mentionner le contexte socio-politique et idéologique particulier des années 1960-1970. Desrosiers et Gaumer parlent de « l'origine complexe des Centres locaux de services

[23] Sont généralement mentionnés le Programme des subventions fédérales à la santé (1948), la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et la *Loi sur les soins médicaux* (ou assurance maladie) (1968) (Desrosiers, 1999 ; Desrosiers et Gaumer, 2004a ; Lee, 1979).

communautaires (CLSC), enracinée dans les transformations sociales du Québec des années 1960 et 1970, déterminantes pour ces nouvelles institutions sociosanitaires. » (2004b, p. 52-53) Bozzini mentionne que les CLSC sont nés « in a specific period of the history of Québec and of the Western nations, the left-tainted sixties and seventies » (1988, p. 355). Fleury et Gaumer vont dans le même sens : « Local community service centers (CLSCs) grew out of the social transformations in Quebec in the decades of the 1960s and 1970s, the period known as the Quiet Revolution. » (2008, p. 90) De même, Gaumer souligne que « le mouvement des CLSC » est « [n]é dans l'enthousiasme créatif de la Révolution tranquille » (2006, p. 28).

Toutefois, si on réfère de manière presque rituelle à l'effervescence de la Révolution tranquille pour décrire l'atmosphère dans laquelle émergent les CLSC, ils sont ici avant tout compris comme le fruit des travaux de la CESBES et de ses commissaires : ce sont les intentions et les objectifs des commissaires – et de la Réforme –, de même que leur idéologie particulière, qui expliquent en bonne partie, dans ces analyses, l'émergence d'un tel modèle ainsi que sa forme spécifique (Fleury et Gaumer, 2008, p. 92 ; Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 53-54).

Les CLSC visent donc d'abord à combler « [l]'une des grandes lacunes dans les structures du système de santé du Québec », à savoir « l'absence d'établissements publics de soins de première ligne face aux cabinets privés de médecins. » (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 13) Mais plus profondément, « [l]a santé et le bien-être social » constituent le « but ultime recherché par le nouveau 'régime de la santé' proposé » (Gaumer, 2006, p. 26). Or, un « nouveau paradigme », celui de la « médecine globale », s'impose aux commissaires, et « [t]ous les travaux de la CESBES semblent baigner dans ce qui pourrait apparaître comme une nouvelle culture des problèmes sociaux. » (Gaumer, 2006, p. 26)

Dans cette perspective, l'intégration des secteurs de la santé et des services sociaux devient un objectif central de la réforme, auquel le modèle des CLSC devait permettre

de répondre. Soulignant lui aussi l'influence d'un « new socio-medical discourse (bio-psycho-social medicine, prevention, community participation) » (Bozzini, 1988, p. 355), Bozzini considère, au même titre que Gaumer, que les CLSC sont nés pour répondre aux objectifs d'intégration de la Réforme :

> The Centers were born as the 'vanguard institution' of an ambituous health and social services reform whose objective was to set up an 'integrated' global system of care, not only organizationally, but from the viewpoint of integrating care and prevention, sanitary action and social action on the various health and welfare conditions. (1988, p. 355)[24]

Cependant, et malgré le fait que plusieurs des membres de la CESBES, dont son président, se retrouvent au pouvoir et deviennent responsables d'appliquer leurs propres recommandations, le modèle des CLSC tel que conçu à l'origine sera altéré avant même sa création formelle. En effet, ces anciennes et ces anciens commissaires devront rapidement faire face à d'autres actrices et acteurs du système socio-sanitaire. En d'autres termes : « Tandis que le rapport a été l'oeuvre principalement d'universitaires et de technocrates, les lois et les règlements adoptés reflètent le jeu des rapports de force entre les principaux acteurs du système et aussi entre les groupes de pression dans la société elle-même[25]. » (Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 13) Dans les analyses recensées ici, ce sont précisément ces rapports de force, et principalement les rapports de force « internes » au réseau, qui constituent le facteur central permettant de comprendre l'abandon rapide du modèle des CLSC.

Ainsi, dès le dépôt du projet de loi devant mettre en œuvre les principales recommandations de la CESBES, celui-ci subit « les pressions de nombreux groupes d'intérêts, professionnels de la santé, associations d'établissements, mais aussi politiciens défendant leur territoire » (Fleury et Gaumer, 2007, p. 8) En effet, [l]e projet

---

[24] Voir également Fleury et Gaumer, qui vont dans le même sens (2008, p. 93).

[25] Précisons que bien que les auteurs mentionnent ici « les groupes de pression dans la société elle-même », qu'ils distinguent des « principaux acteurs du système », ces groupes de pression ne sont ni définis, ni intégrés au reste de l'analyse.

de loi [...] déposé par Claude Castonguay, ancien président de la CESBES et nouveau ministre des Affaires sociales, soulèvera un tollé. » (Fleury et Gaumer, 2007, p. 8) Si plusieurs recommandations de la CESBES susciteront des résistances et subiront des altérations considérables, les CLSC font eux aussi, et ce dès leur naissance, l'objet de luttes importantes : ils naissent « malgré les hésitations des autorités centrales et l'opposition des groupes d'intérêts » (Gaumer, 2006, p. 27 ; Fleury et Gaumer, 2008, p. 90).

Cela fait dire à Bozzini que les CLSC « were an uncertain creature, only half wanted by politicians and born with a knife in the ribs (the private clinics). » (1988, p. 357) Ces luttes qui entourent la naissance des CLSC marqueront également leurs premières années d'existence. Pour Bozzini, « [t]he development of the Centers, both at the individual and network level, has been slow, tumultuous and conflictual. » (Bozzini, 1988, p. 351) Gaumer va dans le même sens et souligne comment « [l]'implantation des CLSC, semée d'embûches, a suscité des luttes de pouvoir » tant à l'intérieur des CLSC qu'entre ces derniers et les autres établissements du réseau (Gaumer, 2006, p. 28)[26].

Il ressort de la littérature recensée ici, et principalement des textes consacrés plus spécifiquement aux CLSC (Bozzini, 1988 ; Desrosiers et Gaumer, 2004b ; Fleury et Gaumer, 2008) que ces luttes sont complexes et multiples, faisant intervenir une multitude d'actrices et acteurs du système socio-sanitaire. Certaines analyses mentionnent les divisions entre, d'une part, les politiciennes et politiciens et les technocrates « progressistes » ou « socio-démocrates », plus favorables aux CLSC, et d'autre part les politiciennes et politiciens plus « conservateurs », antipathiques au modèle (Bozzini, 1988). Plusieurs insistent sur les divisions idéologiques internes aux CLSC entre une orientation davantage axée sur les services et le « curatif » (position

[26] Pour un compte rendu particulièrement fouillé des conflits internes aux CLSC, voir les travaux empiriques de Godbout et Martin (1974) et de Godbout (1979).

davantage défendue par les médecins et certaines usagères et usagers) et une orientation qui insiste sur la dimension préventive et communautaire (position notamment défendue par les organisatrices et organisateurs communautaires et par des militantes et militants issus de groupes politiques de gauche et impliqués dans les CLSC) (Bozzini, 1988 ; Fleury et Gaumer, 2008) D'autres parlent de manière plus générale d'un conflit plus ou moins larvé entre d'un côté les usagères et usagers et de l'autre, les professionnelles et professionnels (Godbout et Martin, 1974 ; Godbout, 1979).

Certaines analyses soulignent également l'existence de conflits ou de luttes pour les ressources entre les CLSC et les autres établissements du réseau (Centre de services sociaux (CSS), CH). Est notamment mentionnée la « résistance institutionnelle » des CSS qui parviendront à retarder le transfert des services sociaux de première ligne – et des ressources qui y sont associées – vers les CLSC (Gaumer, 2006). Enfin, la plupart des analyses mentionnent le rôle décisif joué, durant les premières années d'implantation, par le conflit entre les médecins omnipraticiens – appelés à pratiquer dans les CLSC – et le gouvernement libéral de l'époque dans l'abandon rapide du modèle initial, et plus particulièrement dans la capacité des CLSC à s'imposer comme porte d'entrée principale du réseau (Godbout 1979, Bozzini, 1988 ; Desrosiers et Gaumer, 2004b ; Fleury et Gaumer, 2008, Lee, 1979).

Dans les approches centrées sur le système socio-sanitaire, c'est donc principalement à partir de ces rapports de forces internes au réseau – ainsi qu'à partir des objectifs, intérêts et idéologies portés par ses actrices et acteurs – que l'on comprend l'histoire des CLSC. Une des forces importantes de ces approches est de développer des analyses parfois très fines de ces rapports de force. Cette insistance sur les intentions, les intérêts et les idéologies des actrices et acteurs permet notamment d'éviter les dérives fonctionnalistes typiques des analyses qui insistent davantage sur les « facteurs structurels » et qui comprennent les actions de l'État (et donc les réformes qu'il introduit) comme des réponses automatiques à certaines exigences « externes »

incontournables (comme celles imposées par l'industrialisation (ou la désindustrialisation !), par le développement technologique, par la mondialisation ou par le système capitaliste, par exemple).

Toutefois, les approches centrées sur le système socio-sanitaire, que l'on pourrait qualifier de « subjectivistes », souffrent du problème inverse, c'est-à-dire qu'elles tendent pour leur part à négliger les facteurs structurels, ce qui n'est pas non plus sans conséquence. Tout d'abord, cette lacune se traduit dans le caractère partiel et incomplet de ce type d'analyse qui, par exemple, ne parvient pas à fournir d'explication satisfaisante de l'émergence d'un modèle comme celui des CLSC. Si les intentions et l'idéologie derrière la Réforme des Affaires sociales constituent évidemment des éléments d'explication pertinents, ces analyses ne permettent pas de comprendre d'où vient cette idéologie et comment elle parvient à s'imposer aux actrices et acteurs concernés.

On ne comprend pas non plus pourquoi une telle idéologie s'est incarnée au Québec dans le modèle des CLSC, et pas ailleurs. Notamment, une analyse sérieuse des conditions socio-politiques particulières des années 1960 et 1970 au Québec – qui sont généralement ici simplement présentées comme le « contexte de la Révolution tranquille » – apparaît comme essentielle pour comprendre l'influence du modèle de médecine social et global sur les membres de la CESBES. Inversement, on explique mal dans ces analyses la prédominance idéologique du modèle médical traditionnel, c'est-à-dire celui de la médecine libérale, individualiste et curative, qui parviendra à préserver sa position hégémonique malgré la volonté des réformatrices et réformateurs au pouvoir[27].

Comme nous l'avons vu, cette négligence des facteurs structurels ne signifie pas cependant qu'ils sont totalement absents de l'analyse des CLSC produite par ce type

[27] Pour des exemples d'analyses où ce facteur intervient sans être analysé de manière satisfaisante, voir Gaumer (2006, p. 30-31) et Desrosiers et Gaumer (2004a, p. 10).

d'approche. Elle implique plutôt que lorsqu'ils interviennent dans l'analyse, ils ne sont pas eux-mêmes analysés, remis en question ou problématisés. En d'autres termes, ils interviennent « de l'extérieur » et de manière éclectique, c'est-à-dire sans être liés entre eux de manière systématique ou pleinement intégrés dans un cadre théorique cohérent. Plus précisément, et malgré que ces approches soient caractérisées par leur insistance sur les rapports de force entre actrices et acteurs, elles ne conçoivent pas ces facteurs structurels – qui apparaissent la plupart du temps comme des « éléments de contexte » – comme étant eux-mêmes traversés et constitués de rapports sociaux plus larges, avec pour résultat qu'ils se présentent comme donnés, naturels et donc inévitables.

Autrement dit, ces approches ne parviennent pas à éviter un certain « déterminisme mécanique » qui se manifeste avec particulièrement d'acuité dans leurs analyses de l'abandon du modèle initial des CLSC. En effet, si ces analyses se concentrent principalement sur les rapports de force internes au système socio-sanitaire, elles ne peuvent éviter de mentionner le rôle des facteurs économiques qui agissent ici comme des contraintes structurelles inévitables sur les possibilités d'action des actrices et acteurs en présence : l'endettement étatique, les contraintes budgétaires, le contexte d'austérité de même que les récessions et crises économiques constituent la trame de fond incontournable des luttes et décisions politiques qui marqueront non seulement l'abandon du modèle initial des CLSC[28], mais également les réformes subséquentes du

[28] Desrosiers et Gaumer soulignent qu'« [à] partir du début des années 1970, à une période de grande prospérité économique, succède une période de stagnation, voire de récession par moments, qui se répercute sur le système de santé. » (2004a, p. 12) C'est donc dire que la Réforme des Affaires sociales de même que les CLSC *naissent* dans un contexte économique difficile marqué par « un effort de rationalisation et de maîtrise des coûts » (2004a, p. 8). Le poids des contraintes budgétaires pèsera cependant davantage sur les CLSC à partir du milieu des années 1970. En effet, les « difficultés budgétaires » seront invoquées pour justifier le moratoire sur la création de nouveaux CLSC décrété à cette époque, et ce moratoire sera maintenu malgré le changement de gouvernement « à cause des coupures budgétaires liées à la politique d'austérité du nouveau gouvernement du Québec. » (Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 57) La « normalisation » subséquente des CLSC s'effectuera également « dans un contexte de restriction budgétaire et de rationalisation des ressources » (Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 59).

système socio-sanitaire (qui contribueront à altérer davantage le modèle des CLSC)[29]. Parce que ces facteurs économiques sont négligés et qu'ils ne sont pas eux-mêmes analysés en termes de rapports de force, ils réapparaissent dans l'analyse sous la forme de « contraintes objectives » désincarnées qui s'imposent mécaniquement aux actrices et acteurs comme une fatalité.

* * *

Nous verrons maintenant que dans les approches des deux catégories suivantes, le système socio-sanitaire – et l'histoire des CLSC – sont appréhendés à partir d'une réflexion théorique systématique sur les forces ou structures sociales plus larges dans lesquels s'inscrit non seulement le système socio-sanitaire et son évolution, mais également l'État lui-même. Si ces analyses insistent, dans la plupart des cas, sur les mêmes actrices et acteurs et sur les mêmes luttes que les approches présentées jusqu'à maintenant[30], elles s'en distinguent par le fait qu'elles posent explicitement la question de la nature de l'État. En cela, elles proposent des approches qui débordent le réseau et qui dépassent, par le biais de leur démarche théorique, le caractère souvent descriptif des analyses précédentes.

C'est sur ces éléments distinctifs que nous insisterons principalement dans la présentation qui suit, à savoir le cadre théorique proposé par les auteure et auteurs, leur analyse de la nature de l'État ainsi que la façon dont sont conçus, sur ces bases, la Réforme des Affaires sociales et le modèle des CLSC. Seront donc négligés les rapports de force entre actrices et acteurs du réseau et ce, bien que ce type de facteur occupe

---

[29] Ainsi, les réformes du système socio-sanitaire du milieu des années 1990 sont largement « *imposé[e]s* par d'importantes compressions budgétaires » (Fleury et Gaumer, 2007, p. 12). Ces « coupures budgétaires rigoureuses *inévitables*, imposées par le surendettement du pays et de la province, sans remettre en cause l'existence des CLSC, feront peser sur eux en grande partie le poids du virage ambulatoire entraîné par la fermeture, elle aussi radicale, de lits d'hôpitaux de courte durée. » (Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 61) C'est moi qui souligne.

[30] À l'exception de Bergeron et Gagnon dont la démarche, qui cherche « à caractériser le système de santé au Québec et à le situer au regard de ses grands traits institutionnels », les amène « à mettre entre parenthèse les interactions entre les acteurs. » (2003, p. 9)

aussi une place importante dans ces analyses. Enfin, la recension de ces approches nous permettra de constater plus clairement comment la problématique ébauchée autour des questions entourant l'histoire des CLSC est étroitement liée au problème plus large de la nature de l'État. Nous présenterons d'abord deux approches qui insistent sur des facteurs de types idéologiques et institutionnels, suivi de deux auteurs d'inspiration marxiste qui intègrent dans leur cadre théorique une analyse du système capitaliste.

0.2.3 Système socio-sanitaire et nature de l'État : les approches insistant sur les facteurs idéologiques et institutionnels

L'analyse du système socio-sanitaire québécois développée par Bergeron et Gagnon (2003) se situe explicitement dans une approche voulant offrir une perspective « large » sur l'histoire du réseau :

> L'analyse des système de santé est passée d'une lecture interne du fonctionnement du système de santé centrée sur ses ressources financières et professionnelles, et les problèmes qui en découlent à une lecture qui situe les systèmes de santé en fonction des enjeux tant économiques et politiques qu'éthiques et sociétaux où se combinent et s'affrontent connaissances et valeurs. Le but du présent chapitre est de proposer une analyse de la prise en charge étatique de la santé au Québec qui s'inspire d'une telle lecture [...]. (2003, p. 8)

Le point de départ de cette analyse se situe dans une réflexion sur « la caractérisation du rôle de l'État » (2003, p. 8). Ici, l'État n'est pas conçu comme étant fondamentalement de nature « pluraliste », « capitaliste » ou « technocratique ». On considère plutôt que le rôle de l'État – de même que les systèmes de soins – évoluent en fonction des « valeurs et objectifs sociaux privilégiés dans une société » (2003, p. 31) Ainsi, Bergeron et Gagnon proposent un cadre théorique dans lequel le « rôle de l'État se fonde sur la prédominance d'un ensemble de valeurs, de normes et d'institutions privilégiant soit le marché, la communauté, les associations ou encore

l'organisation. » À ces « différents 'projets de société' » sont associés « différents modes de régulation des interactions entre les acteurs » qui peuvent « prendre la forme d'une régulation marchande, locale, pluraliste ou administrative. » Ces projets de sociétés et ces modes de régulation – qui se cristallisent dans de « grands traits institutionnels » (2003, p. 9) structurant les sociétés – contribuent à caractériser non seulement le rôle global de l'État, mais également le secteur de la santé lui-même :

> Dans une société privilégiant la compétition et concevant les services de santé comme un autre bien de consommation, une régulation marchande avec des programmes publics pour les personnes défavorisées peut constituer une régulation adaptée à ces valeurs. Dans une société privilégiant la solidarité et un accès équitable à la santé comme le Canada, la prise en charge étatique est essentielle et une régulation pluraliste semble appropriée [...]. Une telle régulation favorise les compromis entre les différentes valeurs et les différents groupes dans une société. (p. 31)

C'est dans cette perspective qu'est analysée la Réforme des Affaires sociales, sur laquelle Bergeron et Gagnon posent – au moins implicitement – un regard critique dans la mesure où elle n'est pas comprise comme s'inscrivant dans un mode de régulation pluraliste[31]. En effet, la forme particulière prise par cette réforme est « fortement marquée par un modèle de régulation administrative, globale et technocratique » (p. 19), qui caractérise également le rôle de l'État à cette époque. Quant au modèle particulier des CLSC, s'il n'est pas spécifiquement abordé, il ressort de l'analyse que son émergence est également liée au mode de régulation administratif et technocratique qui caractérise l'ensemble de la réforme. En effet, le modèle des CLSC s'inscrit au point de rencontre entre ce mode de régulation et l'approche de la santé communautaire qui s'impose dans plusieurs pays durant les années 1960 :

> Dans sa version québécoise, cette approche [de la santé communautaire] est étroitement liée à une méthode rationnelle de 'planification de la santé' et comporte les 'fonctions' suivantes : 'analyse des problèmes de santé et des besoins d'une population ; élaboration des programmes de services en réponse à

[31] Cette perspective critique est davantage assumée dans Bergeron (1990).

> ces besoins ; coordination du déploiement de ces programmes avec l'ensemble des services [...] existant dans un territoire géographique donné ; évaluation des programmes' (O'Neill, 1983 : 175). La santé communautaire rejoint ainsi les processus de planification et d'évaluation privilégiés par la réforme de la santé et des services sociaux du début des années 1970. (2003, p. 22)

Enfin, bien que l'analyse ne s'intéresse pas aux facteurs expliquant l'abandon du modèle initial des CLSC, Bergeron et Gagnon considèrent que le modèle de régulation administrative et technocratique qui caractérise la réforme dans son ensemble continuera quant à lui à prédominer jusqu'au début des années 1990 (2003, p. 23) avant d'être progressivement remis en question, principalement sous l'impulsion de considérations économiques et budgétaires (2003, p. 24-27). Toutefois, ce n'est qu'avec le rapport de la CSSSS en 2000 qu'une véritable rupture se produit et qu'un nouveau modèle de régulation plus proche du mode de régulation pluraliste commence à émerger dans le domaine de la santé (2003, p. 27-33).

Malgré certaines divergences, l'analyse proposée par Jetté (2008) rejoint à plusieurs égards celle de Bergeron et Gagnon. En effet, bien que les références théoriques soient différentes, Jetté tente également de construire une théorie qui tient compte autant des actrices et acteurs sociaux que des grands compromis institutionnalisés qui structurent les sociétés. Ainsi, il propose un cadre théorique qui associe trois théories ou approches : 1) la théorie des mouvements sociaux de Alain Touraine, dont il retient l'insistance sur les conflits sociaux et sur les actrices et acteurs sociaux jouant un rôle important dans la production et la reproduction des sociétés (2008, p. 35-36) ; 2) la théorie de la régulation de Michel Aglietta, qui développe le concept de modèle de développement, compris comme un compromis institutionnalisé entre actrices et acteurs sociaux (2008, p. 36) ; et 3) l'approche de l'économie des grandeurs de Ève Boltanski et Luc Chiapello (2008, p. 36-38).

Cette dernière approche postule l'existence, au sein des sociétés, de « mondes communs » (mondes de l'inspiration ; civique ; domestique ; industriel ; marchand ; de

l'opinion ; connexionniste ; auxquels Jetté ajoute le monde du don) auxquels correspondent des « principes supérieurs » à partir desquels sont réglés les conflits (respectivement : inspiration ; volonté collective ; tradition ; efficacité ; concurrence ; opinion publique ; réseautage ; don)[32]. Ces mondes communs et ces principes supérieurs sont portés par des actrices et acteurs sociaux qui parviennent (ou non) à les imposer. Plusieurs de ces mondes peuvent donc cohabiter mais selon les périodes, certains vont être prédominants. Jetté emprunte aussi à cette approche les concepts de « critique sociale » et de « critique artiste » (2008, p. 53-59), qui constituent deux grands courants critiques portés par les mouvements sociaux de gauche[33].

De ce cadre théorique, qui conçoit les diverses institutions et organisations qui émergent des conflits sociaux comme des compromis institutionnalisés entre actrices et acteurs multiples, découle logiquement une conception de l'État qui s'apparente à plusieurs égards à celle développée par la théorie pluraliste. En effet, Jetté rejette explicitement « la vision monolithique de l'État léguée par la pensée structuro-marxiste » (2008, p. 340). De plus, bien qu'il considère que l'État est lui-même un acteur social doté de ses propres intérêts[34], il rejette également les approches qui considèrent que l'État exerce une « action hégémonique » et unidirectionnelle « sur les arrangements institutionnels à la base de l'organisation des services sociaux et de santé » (2008, p. 340). Contre ces approches, il défend une conception de l'État qui insiste sur son rôle d'arbitre des divers intérêts qui animent les actrices et acteurs sociaux et qui comprend les politiques publiques comme le fruit de compromis entre ces intérêts :

---

[32] L'analogie entre ces concepts et celui de « projets de société » défendu par Bergeron et Gagnon (2003) apparaît également comme frappante.

[33] Sans entrer dans les détails, précisons que ces deux courants critiques partagent certains « principes supérieurs » (militantisme, bénévolat, participation – monde du don ; monde civique) mais s'opposent par ailleurs sur d'autres principes associés notamment au monde industriel, au monde de l'inspiration et au monde connexionniste.

[34] En cela, il rejoint également les thèses de la théorie néo-institutionnaliste.

> 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. (2008, p. 343-344)[35]

C'est à partir de cette conception de l'État et de ces bases théoriques et conceptuelles que Jetté analyse la Réforme des Affaires sociales. Celle-ci s'insère « dans un mouvement plus vaste de refonte des institutions québécoises dans le cadre d'un modèle de développement fordiste et providentialiste. » (2008, p. 45) En effet, la réforme s'inscrit dans le contexte de transformation et de contestation des années 1960 et 1970, qui est une « période marquée par le passage du modèle [de développement] libéral au modèle providentialiste dans le domaine des politiques sociales touchant les services sociosanitaires au Québec » (2008, p. 43). La réforme correspond ainsi à l'émergence de nouveaux arrangements ou compromis institutionnels qui articulent plusieurs « principes supérieurs » associés à divers « mondes communs » (2008, p. 73-77). Le principe dominant cette période et cette réforme est le principe d'efficacité ou de rationalité instrumentale et technocratique[36]. Toutefois, en concordance avec sa

---

[35] Ajoutons que de manière tout à fait conforme aux thèses de la théorie pluraliste, Jetté considère que dans les conflits sociaux qui opposent ces multiples intérêts (y compris ceux de l'État), aucun d'entre eux ne détient d'avantage décisif sur les autres : « 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. » (2008, p. 347)

[36] Jetté rejoint donc Bergeron et Gagnon qui conçoivent la Réforme des Affaires sociales comme une réforme technocratique. Il les rejoint également en ce qu'il pose lui aussi un regard critique sur la réforme. Cette critique se fonde notamment sur son attachement manifeste – quoique implicite – aux principes portés par la critique artiste (par opposition à ceux portés par la critique sociale). Fait intéressant, il se distingue cependant des analyses recensées jusqu'à maintenant par une prise de position normative assumée. Il s'inscrit en effet dans l'approche de l'« économie solidaire/plurielle » (2008, p. 21-22 ; 30-35), qui défend l'idée d'une économie qui préserve un équilibre entre les secteurs marchand, public et communautaire. De manière tout à fait cohérente avec sa conception de l'État, il rejette donc explicitement l'avenue anticapitaliste, considérée – au même titre que le capitalisme sauvage du XIXe siècle qu'on tente de réactiver dans le néolibéralisme – comme une « 'tentative de vouloir résorber deux des trois logiques économiques en une seule' » (Caillé, 1996, cité dans Jetté, 2008, p. 33)

conception de l'État, Jetté insiste sur le fait que les mouvements sociaux porteurs des critiques sociales et artistes sont parvenus à influencer l'État – notamment par le biais des cliniques populaires de santé et des groupes populaires de services sociaux – et ont contribué à façonner la réforme. Celle-ci est donc également marquée, bien que de manière subordonnée, par le « principe supérieur » de la volonté collective et de la participation (monde civique) : le système socio-sanitaire qui émerge de la réforme « tente de se structurer autour des principes de l'efficacité et, dans une moindre mesure, de la participation citoyenne. » (p. 76)

C'est également dans cette perspective que Jetté comprend l'émergence d'un modèle comme celui des CLSC, de même que son échec rapide. En effet, c'est la prédominance du principe d'efficacité qui amène les réformatrices et réformateurs à vouloir opérer ce que Jetté considère comme une institutionnalisation – sous la forme des CLSC – au sein du système public des cliniques populaires de santé et des groupes populaires de services sociaux (plutôt que de les financer en préservant leur autonomie). Bien sûr, sous l'influence des mouvements sociaux impliqués dans le processus (pour plusieurs malgré eux[37]), « la logique de participation citoyenne et celle du don se sont déployées de manière opérationnelle et significative au sein des CLSC sur une brève période (1972-1976) » (2008, p. 88). Toutefois, avec l'entrée en crise du modèle de développement providentialiste, la domination du principe d'efficacité s'est rapidement accentuée au détriment des principes subordonnés (dont la participation), qui ont finalement été presque complètement évacués de la forme institutionnelle des CLSC au cours de son processus de normalisation (2008, p. 88).

Les approches fondées sur un cadre théorique et une conception de l'État explicites parviennent à répondre en partie aux problèmes rencontrés par les approches centrées

---

conduisant nécessairement à une catastrophe politique et économique. Pour Jetté, « la société ne peut pas fonctionner sur la base d'un seul de ces principes. » (2008, p. 33)

[37] Jetté souligne qu'une proportion importante des groupes populaires à l'origine des cliniques populaires de santé tentera de résister à ce qu'ils considèrent comme une récupération de leurs initiatives.

sur le système socio-sanitaire, notamment parce qu'elles intègrent certains facteurs structurels dans leur analyse. Ainsi, Bergeron et Gagnon (2003) de même que Jetté (2008) développent des analyses approfondies des grands courants idéologiques (ou des « projets de sociétés », « mondes communs » et « principes supérieurs ») qui structurent les sociétés. Cristallisés dans de « grands traits institutionnels », dans des « modes de régulation » et dans des « modèles de développement » qui vont contribuer à définir le rôle de l'État, ces facteurs structurels sont par ailleurs compris comme des compromis institutionnalisés qui sont le fruit des rapports de force entre actrices et acteurs sociaux (groupes d'intérêts, mouvements sociaux). En cela, ces approches évitent le piège du déterminisme mécanique qui ferait concevoir ces contraintes institutionnelles – le « mode de régulation technocratique », le « modèle de développement providentialiste » – comme des contraintes objectives, désincarnées et inévitables.

Toutefois, ces approches souffrent aussi d'une limite importante : si elles proposent des analyses raffinées et théoriquement articulées des facteurs idéologiques et institutionnels, les facteurs économiques sont pour leur part complètement évacués de leur cadre théorique. En d'autres termes, et pour reprendre les termes classiques du marxisme, ces analyses s'inscrivent dans des approches « idéalistes » (par opposition à matérialistes) qui insistent sur les facteurs « idéels » (les valeurs, les normes, les principes, les projets de société) au détriment des facteurs « matériels » (la structure économique, le mode de production, les fluctuations de l'économie). Cette lacune a évidemment pour conséquence que ces analyses tombent finalement, en ce qui concerne les facteurs économiques, dans le même type de déterminisme mécanique qui affecte les approches centrées sur le système socio-sanitaire.

En effet, ici aussi l'évolution du système socio-sanitaire à partir du début des années 1980 apparaît comme fortement déterminée par les contraintes économiques et

budgétaires qui pèsent sur les gouvernements successifs[38]. Néanmoins, même si ces facteurs économiques ont de toute évidence un impact considérable sur cette évolution, ils ne sont pas eux-mêmes analysés, c'est-à-dire problématisés et incorporés au cadre théorique. Notamment, ils ne sont pas conçus, au même titre que les autres facteurs structurels intégrés au cadre théorique, comme le fruit des interactions entre les groupes sociaux. Au contraire, ils sont considérés comme donnés et, comme dans les approches centrées sur le système socio-sanitaire, ils se présentent comme des déterminants désincarnés et inévitables.

De plus, si leur analyse approfondie des facteurs idéologiques permet à ces approches de dégager une typologie très élaborée des divers « projets de sociétés », « mondes communs » et « principes supérieurs » qui, à travers leur institutionnalisation dans des « modes de régulation » et des « modèles de développement », structurent les sociétés, leur négligence des facteurs matériels ne leur permet pas d'expliquer clairement comment ou pourquoi certains projets de sociétés ou principes supérieurs tendent à s'imposer au détriment des autres. Notamment, en ce qui concerne la Réforme des Affaires sociales, on ne voit pas bien ce qui explique chez Bergeron et Gagnon la prédominance du mode de régulation administrative et technocratique (d'autant plus

---

[38] Bergeron et Gagnon soulignent que le Parti québécois revient au pouvoir en 1994 dans un contexte où « la situation des finances publiques est critique et l'endettement est élevé. Le gouvernement du Québec entreprend alors un assainissement de ses finances avec des réductions et des réaménagements budgétaires dans toutes les missions gouvernementales. Le réseau de la santé et des services sociaux doit ainsi faire face à des compressions majeures à partir de 1995 » (2003, p. 26). Quant à Jetté, le chapitre 5 de son ouvrage, éloquemment intitulé « La crise des années 1980 et ses répercussions sur le système sociosanitaire », s'ouvre sur « la grave récession de 1981-1982 » qui constitue « le point de bascule à partir duquel plusieurs acteurs sociaux vont prendre la mesure des effets pervers du providentialisme » (2008, p. 143). Si, pour lui, cette crise est autant une crise économique et budgétaire qu'une crise de légitimité du providentialisme (il reprend en cela la thèse classique de Rosanvallon (1981)), seule la seconde est pleinement analysée. Ici aussi, le « contexte général de crise économique et de crise budgétaire de l'État » (2008, p. 145), les déficits qui atteignent des « sommets inégalés » (2008, p. 146) et « la forte pression des contraintes financières » (2008, p. 147) restent largement extérieurs à l'analyse, au sens où ils y interviennent sans être problématisés, et notamment sans être intégrés au cadre théorique. Pour les approches de cette catégorie comme pour celles qui précèdent, les facteurs économiques apparaissent ainsi comme des contraintes qui s'imposent « mécaniquement » aux actrices et acteurs et structurent « objectivement » leurs possibilités d'action.

que, selon Bergeron et Gagnon, la société canadienne serait davantage marquée par des valeurs proches d'un modèle pluraliste) et, chez Jetté, la domination des principes supérieurs du monde industriel (efficacité et rationalité technocratique) sur les autres principes comme celui du don ou de la participation. En d'autres termes, comme dans les approches centrées sur le système socio-sanitaire, et de manière tout à fait typique des perspectives idéalistes, l'évolution et la prédominance (ou le caractère subordonné) des idéologies est difficilement explicable.

0.2.4 Système socio-sanitaire et nature de l'État : les approches intégrant une analyse du système capitaliste

Malgré des références communes à Touraine, Lesemann (1981 ; 1979 ; 1978) développe une analyse de l'État, de la Réforme des Affaires sociales et des CLSC qui diverge sur plusieurs plans de celle élaborée par Jetté. Contrairement à l'ensemble des approches recensées jusqu'ici, le point de départ de son analyse se trouve dans une réflexion sur la nature capitaliste des sociétés occidentales. C'est à partir des exigences du « capitalisme avancé » qu'il conçoit la nature de l'État dans ces sociétés. Ainsi, le capitalisme « monopoliste » qui caractérise les sociétés occidentales s'accompagne d'un « mouvement de centralisation-concentration des pouvoirs de planification et d'orientation des grandes politiques de gestion. » (1981, p. 7) L'État est donc appelé à jouer un rôle grandissant – voir même hégémonique – « dans les orientations économiques, politiques et sociales des sociétés. » (1981, p. 7) Plus spécifiquement, les États « sont devenus, dans les sociétés capitalistes avancées (monopolistes), de véritables leaders de l'imposition d'une nouvelle rationalité sociale et politique » (1981, p. 8) qui correspond, en dernière analyse, à « la rationalité de la rentabilité économique et de la productivité. » (1981, p. 10) C'est ainsi que, contrairement à « l'État libéral du capitalisme concurrentiel » qui « n'était que le simple garant de la

liberté de circulation des marchandises », « l'État de la société capitaliste avancée [...] intervient directement dans toute les sphères de la société pour les subordonner étroitement à [cette rationalité] » (1981, p. 13).

Par ailleurs, Lesemann accorde, à l'instar des autres approches, une place prépondérante aux « rapports sociaux » dans son analyse : « Cette étude propose une analyse socio-politique, en termes de 'rapports sociaux', des transformations qui se sont produites au cours des dernières années au Québec, soit depuis 1960, dans le domaine de la santé et des services sociaux. » (1981, p. 11) Toutefois, il est un des seuls auteurs[39] à concevoir ces rapports sociaux comme des « rapports de domination de classe » (1981, p. 17). Plus précisément, au coeur de son analyse se trouve l'idée que dans le processus qui marque le passage de « l'État libéral » à « l'État de la société capitaliste avancée », une nouvelle « classe dirigeante technocratique » (1981, p. 16), étroitement associée à la croissance de l'État et à son hégémonie grandissante, émerge et parvient progressivement, par le biais d'un « bouleversement en profondeur des rapports sociaux dominants et, par conséquent, [d'un] déplacement des mécanismes de domination et de leurs systèmes de légitimation » (1981, p. 11), à établir sa domination sur le reste de la société.

Dans cette optique, Lesemann considère lui aussi la Réforme des Affaires sociales comme une « réforme technocratique » (1979, p. 7), au sens où elle est d'abord conçu comme le « projet de société » (1981, p. 87)[40] de cette nouvelle classe dirigeante technocratique qui, au moment des travaux de la CESBES, « a le 'vent en poupe' » (1981, p. 88) au Québec. Plus précisément, elle s'inscrit dans le jeu des « rapports sociaux » entre classes dominantes dans la mesure où cette élite technocratique

---

[39] Avec Renaud (1981 ; 1977a ; 1977b ; 1975), sur lequel nous reviendrons.

[40] Ici, le terme « projet de société » ne doit pas être conçu, comme chez Bergeron et Gagnon (2003), comme le fruit d'un compromis social sur les normes et valeurs qui prédominent au sein d'une société ; il s'agit plutôt d'une « action de classe » (1981, p. 11) qui, bien qu'elle tente de se présenter comme « neutre » (1981, p. 12) ou « purement technique » (1981, p. 15), est profondément liée à des « intérêts de classe » (1981, p. 13) spécifiques qui parviennent à s'imposer par des rapports de domination.

émergente tente, à travers cette réforme et notamment par une alliance indirecte avec les « classes populaires » (1981, p. 16), d'asseoir son pouvoir dans le domaine de la santé et des services sociaux, au détriment de la domination traditionnellement exercée par l'élite « clérico-petite-bourgeoise » (1981, p. 20).

Mais plus profondément, elle s'inscrit dans la transformation du rôle de l'État, appelé par le passage des sociétés occidentales à un capitalisme monopoliste à prendre en charge (notamment par le biais des politiques sociales) « la régulation de la consommation individuelle » et, plus largement, « la régulation des crises économiques » (1981, p. 8). Dans le domaine de la santé au Québec, cette prise en charge prend la forme d'un financement de la consommation des soins de santé (assurance-maladie), qui exige à son tour une « rationalisation » de l'organisation des soins de santé et des services sociaux (et donc sa constitution « sur le modèle de l'organisation industrielle » (1981, p. 10)) qui permettra à terme une meilleure productivité à moindre coût (1981, p. 9-11). De plus, face à l'exclusion sociale engendrée par « la concentration industrielle et financière croissante » (1981, p. 11), l'État est également appelé à intervenir de manière grandissante dans « la gestion idéologique directe de la population en général [et plus encore auprès des populations 'à risque' d'exclus], la santé devenant de plus en plus un instrument de contrôle social. » (1981, p. 11)

C'est aussi dans ce cadre précis qu'émerge le modèle spécifique des CLSC. D'une part,

> la logique profonde du Centre local de santé plonge ses racines dans la recherche d'une productivité économique accrue du système des services. [...] Les diverses caractéristiques [des CLS] trouvent leur cohérence profonde dans l'instauration d'une rationalité économique visant à abaisser les coûts de la santé [...]. (1979, p. 6)

D'autre part, les CLSC sont également au cœur de « l'extension de la gestion des catégories exclues, qui correspond à [l]a fonction [de l'État] de maintien de la cohésion sociale » (1981, p. 16). En d'autres termes, ils sont

> l'expression d'un compromis de la part des classes dirigeantes à l'égard des classes populaires dans leur gestion des rapports sociaux. À ce titre, ils sont la traduction organisationnelle d'une concession politique [...]. C'est pourquoi ces centres font un large appel à la participation populaire et sont ouverts sur le 'milieu' et la prise en charge par les usagers des orientations de leur développement économique et social [...]. (1979, p. 7)

Ces deux « fonctions sociales spécifiques » des CLSC, si elles expliquent la forme particulière prise par ce modèle d'établissement, constituent toutefois des fonctions distinctes, voire même potentiellement contradictoires (1979, p. 8-9). C'est d'ailleurs dans cette optique que Lesemann comprend l'abandon rapide du modèle initial des CLSC. Si « leur fonction de gestion de la pauvreté et de l'exclusion sociale prime dans les premières années sur celle de réorganisation de la distribution des soins » (1979, p. 9), c'est cette dernière qui s'imposera à partir du milieu des années 1970. En effet, sous la pression d'une « offensive médicale » doublée d'une « offensive politique » et médiatique (1979, p. 12) contre les CLSC, contraint par le « contexte plus global de la crise économique » (1979, p. 14), le MAS favorisera à partir de 1974 une « normalisation des CLSC » qui signifiera à terme « la reconnaissance de l'impossibilité de contrôler le pouvoir médical, l'abandon du modèle de médecine sociale, la mise à l'écart progressive des politiques de participation et la neutralisation de l'action communautaire » (1979, p. 13).

La perspective défendue par Renaud (1981 ; 1977a ; 1977b ; 1975) est très proche de celle développée par Lesemann. L'intérêt particulier de son analyse est toutefois d'insister de manière plus systématique sur les « limites » ou les « contraintes structurelles » qui « empêchent l'État dans une société capitaliste d'agir dans une direction 'révolutionnaire'. » (1977b, p. 129 ; voir aussi 1975) Seul parmi les auteures et auteurs recensés à assumer explicitement des références théoriques marxistes, il propose une analyse du secteur de la santé et de l'État qui inscrit clairement ces derniers dans le système capitaliste :

> state interventions in the health field are bound everywhere in the capitalist world by [...] constraints that are deeply rooted in the capitalist mode of production and that are largely above the volition of individual health care workers, public officials, and the citizenry alike. (1975, p. 559)

Dans cette optique, Renaud comprend l'État à partir de son « rôle [...] dans une société capitaliste » (1977b, p. 149), qui correspond comme chez Lesemann à « deux fonctions contradictoires : soutenir l'accumulation du capital et légitimer les conséquences sociales de cette accumulation. » (1977b, p. 149) En cela, l'État est fondamentalement un État capitaliste :

> the state is not a neutral mechanism. It is not an arbiter between social classes, but an element in the class system itself. It must simultaneously maintain or improve the conditions for profitable capital accumulation, thus inevitably favoring those individuals who profit from this accumulation, while maintaining or improving the conditions for social harmony, i.e. it has to appear as a universal rather than a class-based state. (1975, p. 565)

Dans le domaine de la santé, ce rôle se traduit par l'existence de contraintes qui structurent et limitent les possibilités de réforme :

> L'État, dans une société capitaliste, ne peut pas contrecarrer la logique selon laquelle une bonne santé dépendrait presque uniquement de la production, de la distribution et de la consommation de marchandises. Quand l'État intervient, il ne peut pas agir contre l'équation entre guérison et consommation qui est inscrite au cœur même du système de production capitaliste et par laquelle les problèmes de santé sont transformés en problèmes particuliers de consommation sur un marché économique précis. (1977b, p. 149)

Pour Renaud, les programmes d'assurance maladie – qui permettent de « subventionn[er] la consommation des services de santé » (1977a, p. 35), et donc de favoriser l'accumulation du capital dans un secteur qui « est devenu une des principales industries de l'économie mondiale » (1977a, p. 34) – s'inscrivent parfaitement dans cette logique et peuvent ainsi être introduits de manière « relativement facile » (1977b, p. 150 ; 1975, p. 565). Toutefois, parce que ces programmes font rapidement peser sur

l'État la menace d'une « crise fiscale » (1977a, p. 35-37), il devient impératif « de 'rationaliser' le système des services afin de ralentir la croissance des coûts. » (1977a, p. 36) C'est dans cette perspective qu'est comprise l'émergence, au Québec, de la Réforme des Affaires sociales :

> Maintenant que le financement des soins était question réglée, de nouvelles priorités s'imposaient, en particulier la limitation de la croissance des coûts. Pour ce faire, il devenait impératif d'essayer de 'rationaliser' l'allocation des ressources. Ce sera la tâche de Castonguay et de ses successeurs à partir de 1970. (1977b, p. 133)[41]

Le caractère technocratique de cette réforme est également compris en lien avec la fonction de légitimation de l'État. En effet, afin de « cacher les intérêts qui sont objectivement servis », « presque toutes les commissions d'enquête dans le domaine de la santé, à travers le monde occidental, doivent secréter la même idéologie technocratique : celle de vouloir rationaliser, par des méthodes bureaucratiques, les services de santé. » (1977b, p. 135) Toutefois, la réforme québécoise se distingue des autres réformes du même type par « des objectifs et des idéaux beaucoup plus avant-gardistes » (1977b, p. 134) voire même « extrêmement progressiste[s] » (1977b, p. 137). Pour Renaud, cette forme particulière prise par la réforme renvoie non pas aux « volontés individuelles » des « individus impliqués dans la réforme » (1977b, p. 144), mais plutôt aux « caractéristiques propres aux *relations entre les classes sociales* dans l'économie politique québécoise. » (1977b, p. 145) Plus spécifiquement,

> [c]'est l'émergence d'une certaine petite-bourgeoisie nationale [francophone] – qui trouve son intérêt dans l'expansion de l'État et dans l'accroissement de la légitimité de l'appareil étatique – qui est la caractéristique fondamentale de ces

[41] Bien que Renaud ne traite que très indirectement du cas plus spécifique des CLSC, il précise que c'est également dans ce contexte que l'émergence de ce modèle doit être comprise, rejoignant en cela Lesemann : afin d'atteindre ces objectifs de rationalisation et de réduction des coûts, les gouvernements tentent « de renforcir la médecine dite de première ligne par la formation d'un plus grand nombre d'omnipraticiens et d'aides médicaux et par la constitution de pratiques de groupe (v.g. CLSC, polyclinique). » (1977a, p. 36)

> relations et qui explique le mieux la stratégie de réforme particulière au Québec. (1977b, p. 145)

Ainsi, l'idéologie propre à cette « nouvelle classe moyenne » est dans une large mesure à la source de la rhétorique social-démocrate associée à la réforme. En effet, considérant les « intérêts objectifs de cette classe » dans l'expansion quantitative et qualitative de l'État, elle a développé « une culture politique qui valorise les réorganisations globales et visibles, axées, dans le contexte hautement politisé du Québec, sur des idéaux socio-démocratiques et nationalistes plus larges. » (1977b, p. 146)

Quant à l'échec de cette réforme, il s'explique essentiellement par les contraintes structurelles qui pèsent sur l'État en matière de santé :

> Quand l'État intervient, il ne peut que produire des changements qui renforcent, ou tout au moins maintiennent l'allocation des ressources vers le marché des techniques thérapeutiques, du personnel et des organisations de soins, et vers des moyens de prévention technologiquement sophistiqués, sans être en mesure de produire les conditions sociales qui seraient favorables à une amélioration significative de l'état de santé de la population. Quelle que soit leur idéologie et quelle que soit la conjoncture, c'est là la limite au-delà de laquelle les rationalisateurs bureaucratiques ne peuvent aller, sans contredire le rôle même de l'État dans la société capitaliste. (1977b, p. 149-150)

En d'autres termes, il est impossible pour les réformatrices et réformateurs d'une part d'agir radicalement sur les causes sociales de la maladie[42], et d'autre part de nuire à l'accumulation du capital dans ce secteur économique. Il est donc très difficile pour l'État, voire impossible dans le cadre de la société capitaliste, « d'introduire des réformes qui cherchent à sortir les problèmes de santé de l'orbite de la production, de la distribution et de la consommation de marchandises. » (1977b, p. 150) Or, ce sont

[42] Renaud développe davantage dans (1975) et (1977a) l'idée selon laquelle la maladie est en bonne partie causée par le capitalisme lui-même.

ces limites que les grands objectifs socio-démocrates affichés par la réforme outrepassaient :

> Les concepts de 'médecine globale' et de 'participation' au Québec représentaient un effort, très limité certes mais réel, pour créer une nouvelle vision de la santé, de la maladie et de la médecine, pour réduire le monopole de la profession médicale sur la définition et le traitement des maladies, et pour rendre la communauté responsable des institutions et des professions sanitaires. Mais l'ordre social capitaliste dans le domaine de la santé a réduit ces concepts à n'être que des symboles rhétoriques pour légitimer une redistribution des ressources entre divers groupes d'élites. (1977b, p. 150)

Les deux derniers auteurs recensés se distinguent par le fait que le point de départ de leur analyse du système socio-sanitaire – et de l'État – se trouve dans une analyse plus large du système capitaliste dans lequel ces institutions s'inscrivent. Corollairement, leur approche est également caractérisée par une prise en compte des rapports sociaux de domination, compris comme des rapports de classe. C'est donc une perspective résolument matérialiste et critique qui est proposée ici, ce qui permet à ces auteurs de combler certaines lacunes rencontrées dans les analyses précédentes.

Ainsi, l'emprise du modèle de médecine sociale et globale sur les membres de la CESBES, la capacité du modèle médical traditionnel à préserver son hégémonie de même que la domination du mode de régulation technocratique (ou des principes du monde industriel) et du modèle de développement providentialiste trouvent ici des explications approfondies et cohérentes parce qu'elles sont analysées à partir des exigences du système capitaliste et de la dynamique des rapports de classe. Lesemann (1981) montre comment l'idéologie des membres « dominants » de la CESBES, si elle s'oppose aux intérêts immédiats des classes sociales traditionnellement dominantes au Québec dans le domaine de la santé (petite-bourgeoisie et élites cléricales), correspond plus profondément à la structure monopoliste du capitalisme avancé et aux besoins de légitimation et de rationalisation économique et technocratique qui l'accompagnent. Il explique de la même manière la capacité de cette nouvelle classe dirigeante

technocratique à s'imposer et à imposer son mode de régulation technocratique et providentialiste au reste de la société, avec certaines limites liées notamment à la dynamique des rapports de force entre classes dominantes (1979). C'est d'ailleurs dans cette optique qu'est comprise ici la domination renouvelée du modèle médical libéral et curatif défendu par les élites traditionnelles (1979).

Renaud (1977b) montre pour sa part comment l'idéologie social-démocrate (et donc le modèle médical progressiste qui l'accompagne) portée par les nouvelles élites technocratiques répond aux intérêts fondamentaux de la nouvelle classe moyenne francophone qui se consolide au Québec durant les années 1960 et ce, même si elle contredit les intérêts sectoriels d'une certaine fraction de cette classe (les professionnelles et professionnels de la santé), ce qui permet d'expliquer le fort soutien social qu'elle reçoit. Quant au « style de gestion » technocratique et centralisateur qui caractérisent la réforme, s'il constitue une autre manière de légitimer les actions de la nouvelle classe dirigeante (1977b, p. 135-136), il représente plus profondément une tentative – vouée à l'échec – de palier aux contraintes structurelles qui pèsent sur l'État dans le domaine de la santé (1975). Ces contraintes sont par ailleurs étroitement liées à l'hégémonie du modèle médical curatif et libéral, dont Renaud montre très bien qu'au-delà des intérêts de classe particuliers auxquels il répond, il correspond parfaitement à la logique et aux exigences du système capitaliste (1975 ; 1977a ; 1977b).

Si les approches matérialistes et critiques de Lesemann et Renaud offrent des pistes intéressantes pour comprendre l'évolution et la domination des grands courants idéologiques et leur institutionnalisation dans certains modes de régulation et modèles de développement, il apparaît clairement que leurs analyses tombent par ailleurs dans le piège du fonctionnalisme, frère jumeau du déterminisme mécanique qui affecte les autres approches. En effet, malgré l'accent mis sur les rapports sociaux – et plus précisément sur les rapports de force ou de domination entre classes sociales – les

« exigences », les « contraintes » ou les « besoins » du système capitaliste semblent s'imposer automatiquement à l'État et aux actrices et acteurs sociaux, sans qu'ils soient eux-mêmes médiatisés par les rapports sociaux.

Cette dérive n'est certainement pas étrangère à une lacune majeure dont souffrent non seulement les analyses développées par Lesemann et Renaud, mais également toute la littérature recensée sur les CLSC. Cette lacune, dont nous verrons qu'elle est également liée au déterminisme mécanique décelé dans la plupart des analyses, appelle quelques développements qui nous conduiront à une formulation définitive de la question spécifique de recherche et des principales hypothèses (ou pistes d'analyse) qui ont guidé la recherche.

0.2.5 Rapports de classe, question spécifique de recherche et hypothèses

L'ensemble de la littérature recensée sur les CLSC est donc marquée, même dans le cas des analyses d'inspiration marxiste, par une lacune majeure : il s'agit de l'absence presque complète des rapports de classe entre *capitalistes* et *travailleuses et travailleurs* et du rôle joué par ces deux classes sociales – pourtant considérées fondamentales dans le marxisme – dans l'analyse de l'évolution du système socio-sanitaire et des CLSC[43]. C'est sur cette lacune et ses conséquences pour l'analyse que nous insisterons maintenant.

Nous avons vu que la plupart des analyses recensées développent des approches centrées sur le système socio-sanitaire et qu'en cela, elles se concentrent sur les actrices

[43] Soulignons que les rapports sociaux de sexes sont quant à eux *totalement* évacués de ces analyses, contrairement à la classe capitaliste et à la classe des travailleuses et des travailleurs qui sont au moins *évoquées*, à défaut d'être réellement intégrées dans l'analyse, par la plupart des approches recensées. Tel que mentionné précédemment, la conclusion de la thèse proposera des pistes de réflexion pour une éventuelle analyse du rôle des rapports sociaux de sexe dans l'histoire des CLSC.

et acteurs internes au réseau sociosanitaire. Cela signifie évidemment que ces approches négligent le rôle des rapports de forces qui débordent le système socio-sanitaire, et donc celui des rapports de forces entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs. Si on peut parfois deviner qu'ils se profilent derrière certains éléments d'explication mentionnés au passage dans certaines analyses, le constat général est que ces rapports de force et ces classes sociales sont largement absents de ce type d'approches.

Font exception à cela Desrosiers (1999) et Lee (1979), qui se distinguent en donnant plusieurs indications du rôle du mouvement ouvrier – et, dans le cas de Desrosiers, de « l'élite bourgeoise » éclairée – dans l'évolution du système socio-sanitaire. Toutefois, ces auteurs n'assument pas une perspective de classes qui donnerait à ces rapports de force un rôle structurant. En effet, le mouvement ouvrier et la bourgeoisie apparaissent ici davantage comme des groupes d'intérêts parmi d'autres que comme des classes sociales engagées dans des rapports de domination et d'exploitation systématiques.

L'analyse de Bergeron et Gagnon (2003), si elle propose une perspective plus large sur le système socio-sanitaire, n'en demeure pas moins, dans son analyse des rapports de force qui structurent ce système, centrée sur les actrices et acteurs du réseau. Comme dans la plupart des analyses recensées, la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs sont entièrement évacuées de l'analyse, sauf quelques mentions rapides ou implicites qui ne sont pas développées. Jetté (2008) insiste quant à lui davantage sur le rôle du mouvement syndical non seulement dans l'évolution du réseau socio-sanitaire, mais également dans l'histoire plus spécifique des CLSC. Ainsi, il souligne comment le mouvement syndical a favorisé et appuyé le projet providentialiste – y compris les principes d'efficacité et de rationalité technocratique portés par ce projet[44] – et comment il a, en cela, contribué à la réalisation de la Réforme

[44] Pour Jetté, un des éléments qui distingue la critique sociale – portée notamment par le mouvement syndical – de la critique artiste – davantage portée par les groupes populaires – est son appui aux

des Affaires sociales et à l'institutionnalisation des cliniques populaires dans les CLSC (2008, p. 83-84). Jetté suggère également que le mouvement syndical a joué un rôle, au moins indirect, dans l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, et plus précisément dans l'abandon du principe de participation des usagères et usagers[45].

En d'autres termes, il ressort de l'analyse de Jetté que le mouvement syndical a contribué à favoriser la domination des principes d'efficacité et de rationalité technocratique dans la Réforme des Affaires sociales de même qu'à écarter le principe de participation du modèle des CLSC. Cette interprétation du rôle joué par le mouvement syndical n'est pas étrangère au fait que ce dernier n'est pas conçu ici dans une optique de classes mais plutôt dans le cadre de la théorie des mouvements sociaux. Dans cette perspective, le mouvement syndical est compris comme un mouvement social particulier que l'on distingue des autres mouvements sociaux (et notamment du mouvement des groupes populaires autonomes) par le type de critique qu'il porte, à savoir la critique sociale (que l'on distingue à son tour de la critique artiste, davantage portée par les groupes populaires). Il découle de cette approche que les rapports de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs sont largement évacués[46] au profit d'une analyse qui insiste davantage sur les tensions entre les critiques sociale et artiste (et entre les mouvements sociaux qui les portent) ainsi que sur les rapports conflictuels entre « producteurs » de soins (et donc travailleuses et travailleurs du réseau socio-sanitaire) et « usagers » des services.

---

principes supérieurs du monde industriel, auxquels elle ajoute, de concert avec la critique artiste, les principes supérieurs du monde civique (participation, volonté collective, etc.).

[45] Ainsi, suite à la syndicalisation des travailleuses et travailleurs dans les établissements socio-sanitaires, « 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. » (Jetté, 2008, p. 84) Il s'ensuivra « un délaissement progressif, au cours des années 1970, des revendications touchant l'organisation et la gestion des établissements sociosanitaires. » (2008, p. 84) Là où le principe de participation sera néanmoins mis de l'avant, ce sera au profit des travailleuses et travailleurs du réseau davantage qu'à celui des usagères et usagers des services (2008, p. 85-86).

[46] Il est symptomatique de cela que le rôle de la classe capitaliste est à peine évoqué dans l'ouvrage de Jetté, et qu'il n'est pas mis en rapport avec celui du mouvement syndical (2008, p. 346).

Si une telle lacune peut sembler aller de soi pour des approches centrées sur le système socio-sanitaire ou pour des analyses qui s'inscrivent dans une perspective idéaliste, elle est beaucoup plus étonnante chez des auteurs qui assument une perspective matérialiste et de classes, voire même carrément marxiste. En effet, même s'ils développent une analyse en termes de classes sociales, il est frappant de constater le peu d'attention portée par Lesemann et Renaud à la classe capitaliste et à la classe des travailleuses et des travailleurs. En fait, les principales classes représentées dans ces analyses sont celles qui sont les plus directement reliées au domaine de la santé[47] c'est-à-dire, du côté des « dominées », les « classes populaires »[48] et, du côté des « dominantes », la « classe dirigeante technocratique » (c'est-à-dire essentiellement les réformatrices et réformateurs du domaine de la santé), « l'élite petite-bourgeoise traditionnelle » (c'est-à-dire essentiellement les professionnelles et professionnels de la santé, et principalement les médecins) ou la « classe moyenne francophone » (à laquelle appartiennent autant la nouvelle classe dirigeante technocratique que les professionnelles et professionnels de la santé).

Autrement dit, les rapports de force entre classes sociales se jouent ici presque uniquement entre fractions diverses de la « classe moyenne » ou de la « petite-bourgeoisie »[49]. Bien sûr, on mentionne au passage que le mouvement ouvrier a

---

[47] En cela, elles ne se distinguent donc pas tellement des approches centrées sur le système socio-sanitaire.

[48] Notons que les classes populaires sont comprises par Lesemann non pas comme la classe des travailleuses et des travailleurs au sens large mais plutôt comme la classe des « exclus » de la production (les « pauvres », les « défavorisés ») qui nécessite une intervention de l'État pour « gérer » - notamment par le biais de la santé et des services sociaux – ces « catégories d'exclus ». Voir notamment Lesemann (1981, p. 16).

[49] Précisons que les « classes populaires » sont largement exclues de ce rapport de force. Si elles ne sont même pas mentionnées par Renaud, elles apparaissent chez Lesemann davantage comme un objet de marchandage dans les rapports entre classes « dominantes » que comme de véritables actrices ou « sujets » au sens fort : « Dans sa stratégie de réforme, l'État cherche à faire directement alliance avec les *pauvres*, par-dessus et contre le pouvoir des établissements et des professions attachés traditionnellement à leur gestion [...]. En réalité, la classe dirigeante technocratique établit une alliance avec de nouveaux agents médiateurs de ses rapports aux classes populaires [...]. » (1981, p. 16) Cette tendance à ne pas considérer les classes « dominées » comme de véritables actrices n'est pas non plus étrangère aux tendances fonctionnalistes de ces analyses.

contribué à forcer l'intervention des États fédéral et québécois dans le domaine de la santé[50]. On donne également quelques indications intéressantes quant au rôle joué par la classe capitaliste dans l'évolution du système socio-sanitaire[51]. Toutefois, ces indications restent généralement périphériques à l'analyse et sont peu développées.

Il en résulte que les « exigences du capitalisme » qui sont au cœur de ces analyses apparaissent comme des structures sociales désincarnées derrière lesquelles les actrices et acteurs restent invisibles. Par exemple, Renaud mentionne l'importance de « l'industrie » de la santé et de la maladie et insiste sur le fait que la rentabilité de cette industrie structure les possibilités d'action de l'État en matière de santé, mais sans analyser les rapports de force qui permettent aux actrices et acteurs de cette industrie d'imposer leurs intérêts et de limiter les réformes possibles en santé (1977a, p. 34). De même, Lesemann souligne que le projet de réforme défendu par la CESBES sera nécessairement limité par les « impératifs économiques internationaux » et que « le respect de l'ordre économique international » informera « toute sa production » (1981, p. 86-87), mais le « grand capital » comme acteur reste exclu de l'analyse.

Il apparaît clairement ici que les dérives fonctionnalistes dont souffrent ces deux approches ne sont pas étrangères au fait que la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs sont largement absentes de l'analyse[52]. La même chose

---

[50] Voir notamment Renaud (1977b, p. 130) et Lesemann (1981, p. 24).

[51] Notamment, Lesemann est le seul parmi les auteures et auteurs recensés à souligner comment les médecins omnipraticiennes et omnipraticiens ont, dans leur lutte contre le modèle des CLSC, reçu « le soutien financier de grandes banques canadiennes qui se disent prêtes, en collaboration avec des firmes pharmaceutiques de l'Ontario et des États-Unis à favoriser le développement des équipements médicaux privés [en concurrence directe avec les CLSC]. » (1979, p. 11)

[52] Outre les dérives fonctionnalistes évidentes qu'une telle négligence du rôle de la classe capitaliste et de la classe des travailleuses et des travailleurs produit, une analyse plus poussée pourrait montrer qu'elle conduit également à d'autres problèmes. Par exemple, le fait que Renaud concentre son analyse des rapports de classe sur les fractions qui sont directement liées au domaine de la santé l'amène à considérer le programme de l'assurance-maladie comme une réforme « relativement facile » à implanter puisqu'elle ne remet pas en question l'accumulation du capital dans ce domaine. Or, les intérêts communs de la classe capitaliste dans son ensemble débordent largement ce secteur, et celle-ci a historiquement, et souvent avec succès, opposé une résistance farouche et systématique à de tels programmes, qui ont généralement été arrachés de hautes luttes par les mouvements ouvriers (pour le Canada, voir Swartz,

pourrait être affirmée en ce qui concerne la tendance des autres approches recensées à tomber dans le déterminisme mécanique lorsqu'il s'agit de faire intervenir des facteurs économiques qui, nous l'avons vu, apparaissent le plus souvent comme des contraintes « objectives » et désincarnées pesant sur les actrices et acteurs en présence. Or, *la prise en considération sérieuse des rapports de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs permet de montrer que ces facteurs économiques (de même que les « fonctions » présumées de l'État) sont* eux aussi *traversés de rapports sociaux, et notamment de rapports de force entre classes sociales*. C'est le sens de la démarche proposée ici.

* * *

Cette revue de la littérature sur les CLSC se conclut donc avec le constat clair d'une lacune majeure qui touche l'ensemble des approches recensées : les rapports entre classes sociales, et plus spécifiquement entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs, sont fortement négligés, voire même dans certains cas carrément absents de ces analyses. Devant ce constat, la question spécifique de recherche qui sous-tend notre démarche trouve une formulation définitive : *quel est le rôle – direct ou indirect – joué par les rapports entre les classes sociales (entre capitalistes et travailleuses et travailleurs) dans la naissance des CLSC, dans la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC et dans l'abandon rapide (ou l'échec) de ce modèle ?*

1977 ; pour le Québec, voir *infra*, notamment les chapitres 3, 4 et 7). Considérer que ces luttes « ne sont que l'expression publique de la stratégie de négociation de divers groupes d'intérêts » (1977b, p. 150) ne peut se faire qu'en étant aveugle aux rapports de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs. De même, Lesemann ne peut attribuer à l'État et à la classe dirigeante technocratique un pouvoir hégémonique sur le reste de la société (1981) que dans la mesure où il néglige celui de la classe capitaliste (cette tendance est aussi présente chez Renaud (1981)).

Trois grandes hypothèses, ou pistes d'analyse, ont guidé la recherche :

1) La naissance et l'abandon du modèle des CLSC peuvent être liés au processus plus large d'émergence et de crise de l'État-providence, processus lui-même sous-tendu par la dynamique des rapports entre les classes sociales qui traversent le système capitaliste durant cette période historique.
2) Il est possible d'établir un lien entre les contraintes et les limites qui ont pesé sur le modèle initial des CLSC – et qui ont contribué autant à déterminer sa forme et qu'à précipiter son abandon –, et celles qui pèsent plus généralement sur l'État démocratique dans la société capitaliste et sur sa capacité à entreprendre et à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs.
3) Ces contraintes et ces limites, qui apparaissent dans plusieurs analyses sous la forme de structures ou de contraintes « objectives » et désincarnées, peuvent être comprises, dans une perspective matérialiste et dialectique, comme la « cristallisation momentanée » de rapports sociaux, et notamment de rapports entre classes sociales.

C'est donc une analyse de classes de l'histoire des CLSC qui est proposée ici, avec une insistance particulière sur le rôle joué par la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette démarche permettra d'illustrer certaines thèses de la théorie marxiste de l'État et de montrer ce qu'une approche matérialiste et dialectique peut apporter à l'analyse de cette réforme du système socio-sanitaire ayant marqué le tournant des années 1970 au Québec et, par extension, à l'analyse de l'État-providence. C'est à la présentation des grandes lignes de cette approche qu'est consacrée la prochaine section.

0.3 Cadre théorique et définition des principaux concepts

La thèse proposée s'inscrit dans un cadre théorique marxiste, avec une insistance particulière sur la dimension dialectique du matérialisme développé par Marx. Outre des travaux de Marx lui-même (2002, 1985, 1980, 1975, 1972, 1972b, 1971, 1968, 1966) et de Engels et Marx (2006, 1970), ce cadre théorique s'inspire d'auteurs associés à la théorie critique (Adorno, 1984, 1979 ; Horkheimer, 1974 ; Lukács, 1960 ; Marcuse, 1979, 1971). Il s'inspire également des ouvrages plus récents publiés par deux auteurs (Lebowitz, 2003 ; Ollman, 2003) qui proposent une interprétation du marxisme centrée sur la méthode dialectique de Marx, dont ils élaborent par ailleurs une présentation systématique.

De plus, bien que les rapports sociaux de sexes constitueront un des points aveugles de l'analyse (même si la thèse, rappelons-le, offre en conclusion des pistes pour une analyse future du rôle des rapports sociaux de sexe dans l'histoire des CLSC), l'influence de certaines auteures féministes (Delphy, 2013, 1998 ; Dumont, 1995 et le Collectif Clio, 1992 ; Harding, 2004 ; Hartsock, 2008, 2004 ; Mackinnon, 2010, 2005, 1989 ; Mathieu, 1991, 1985 ; Piven, 1985 ; Smith, 2005, 2004 ; Tabet, 1985, 1979) est néanmoins présente dans le cadre théorique qui suit. Enfin, les travaux de Navarro (1978, 1977, 1976), qui comptent parmi les rares analyses marxistes dans le domaine de la santé, sont aussi mis à contribution.

Par ailleurs, rappelons qu'un des principaux objectifs de la présente démarche consiste à illustrer, à partir de l'analyse d'un cas particulier de réforme dans le domaine socio-sanitaire, certaines thèses de la théorie marxiste de l'État démocratique dans la société capitaliste. En cela, les débats qui traversent cette théorie sont aussi mis à contribution (Aronowitz et Bratsis, 2002; Barrow, 2002, 1993; Miliband, 1983, 1982, 1970; Poulantzas, 1969). Après avoir exposé les grandes lignes du cadre théorique de la thèse et offert une définition de ses principaux concepts (sections 0.3.1 à 0.3.3), il sera donc

essentiel de présenter les principales thèses et concepts de la théorie marxiste de l'État ainsi que les grands courants et débats qui la traversent (section 0.3.4). Ceci permettra d'y positionner le cadre théorique présenté ici et de l'approfondir, notamment en problématisant et en définissant avec davantage de précision certains de ses concepts importants. Il sera également possible, à partir de cette présentation, de délimiter plus clairement le second objectif de la thèse en explicitant quels aspects de la théorie marxiste de l'État elle espère illustrer.

0.3.1 Perspective critique et problématisation du système capitaliste

Au fondement du cadre théorique proposé ici se trouve d'abord une perspective résolument *critique* qui défend une prise de position assumée en faveur d'une transformation radicale de la société. Plus spécifiquement, cette prise de position prend la forme d'un engagement anti-capitaliste et en faveur de l'avènement d'une société sans exploitation (du socialisme). Loin de considérer, à l'instar de l'épistémologie positiviste et néo-positiviste (Adorno et Popper, 1979 ; Weber, 1963), qu'une telle prise de position constitue un obstacle à la connaissance scientifique, cette posture critique est ici conçue, à la suite de plusieurs auteures et auteurs issus des théories critiques inspirées de Marx, comme une position épistémologique privilégiée[53].

En effet, comme nous le verrons plus loin (voir *infra*, section 0.3.3), la perspective (ou le « point de vue ») critique permet de rendre pleinement compte des rapports d'exploitation et de domination qui structurent la société capitaliste et auxquels restent aveugles les approches qui prétendent à la « neutralité axiologique » ou à « l'objectivité scientifique ». De plus, parce qu'elle conçoit le système social (capitaliste) et ses

[53] Cette question est étroitement liée à la notion de « point de vue » et est élaborée plus loin (voir *infra*, section 0.3.3). Voir aussi Plourde (2008) pour un développement de cette discussion.

structures en termes de rapports sociaux (d'exploitation et de domination) spécifiques plutôt que comme l'expression de lois universelles, parce qu'elle refuse de concevoir ce système social et les contraintes qu'il impose comme des données naturelles et inévitables, elle permet également de prendre toute la mesure du caractère *historique* (et donc transitoire) de cette société. C'est aussi cette perspective critique qui permet de mettre en lumière, lorsqu'elle l'analyse à partir de ses alternatives radicales, les limites et les contradictions inhérentes à la société capitaliste (nous y reviendrons). En d'autres termes, la perspective critique adoptée ici conduit à remettre en question ce qui est ailleurs pris pour acquis ou considéré comme donné : *elle permet de problématiser et d'intégrer dans l'analyse le système capitaliste lui-même.*

Cette problématisation du système capitaliste est au cœur de l'approche marxiste, qui est une approche *holistique* dans laquelle la société capitaliste – conçue comme une « totalité » dont on ne peut « abstraire » complètement les diverses « parties » (l'État, l'État-providence, le système socio-sanitaire, etc.), celles-ci entretenant des liens essentiels entre elles et avec la totalité[54] – est le point de départ de l'analyse. Concrètement, cela signifie que dans l'analyse de l'État, de l'État-providence et du système socio-sanitaire qu'elle propose, ces institutions ne sont pas abstraites (isolées) du système capitaliste dans lequel elles s'inscrivent. Au contraire, celui-ci est pleinement intégré à l'analyse, et la prise en compte de l'évolution des forces qui le traversent est considérée comme essentielle pour comprendre l'histoire de ces institutions. Dans cette optique, il sera essentiel d'adopter ici une *perspective large* et d'inscrire l'analyse des CLSC non pas dans le seul contexte québécois, mais bien dans le contexte international de l'époque. En effet, le capitalisme est un système global qui se déploie au niveau mondial, et comprendre ses manifestations au Québec – y compris

[54] Pour un développement du concept de totalité, voir notamment Adorno (1984, 1979), Horkheimer, (1974), Lebowitz (2003), Lukács (1960), Marcuse (1979, 1971) et Ollman (2003).

dans leurs spécificités – impose de prendre en considération ses grandes tendances internationales[55].

En cela, le présent cadre théorique se distingue de la plupart des approches recensées ici qui, comme nous l'avons vu, tendent à être centrées sur le système socio-sanitaire et, même lorsqu'elles offrent une perspective plus large, à négliger les rapports entre les classes sociales. Navarro (1976) exprime clairement cette distinction entre l'approche marxiste et celles qui, en sciences sociales, dominent les analyses du système de santé :

> most analyses in the social science in the house of medicine [...] have focused on forces and actors *within* medicine, forces and actors that have been and continue to be considered the main determinants of events in that sector. [...] Such an approach assumes that the part (medicine) is autonomous from the whole (society) [...]. To the contrary, [...] the system of medicine is determined primarily – although not exclusively – by the same forces that determine the overall social formation, society. In other words, I consider medicine to be the dialectical result of forces that exist both outside and within medicine. [...] This, then, leads to the need to understand the whole of our social reality and the forces that determine it. (1976, p. vii-viii)

Dans le cadre théorique marxiste, le système capitaliste est défini comme un mode de production particulier (et donc historique) doté de caractéristiques particulières et fondé sur des rapports de production spécifiques. La première caractéristique du mode de production capitaliste est d'être *fondé sur l'exploitation* d'une classe (les travailleuses et les travailleurs) par une autre (les capitalistes) ou, autrement dit, d'être fondé sur la division de la société en classes sociales aux intérêts antagoniques. C'est d'ailleurs à partir des rapports de production antagoniques qui s'établissent entre ces classes sociales que celles-ci sont définies[56]. Ainsi, la classe capitaliste est la classe

---

[55] Nous y reviendrons au moment de présenter la méthodologie (voir *infra*, section 0.4.1).

[56] Cette première définition « objective » des classes sociales (classes « en soi ») – appréhendées ici par leur positionnement dans les rapports de production, indépendamment de l'identification subjective ou de l'adhésion consciente à des intérêts ou à un « point de vue » de classe communs– sera complétée plus

socialement dominante du capitalisme qui possède et contrôle les principaux moyens de production et de distribution, et dont la source de profit se trouve dans l'exploitation des personnes non-possédantes : la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette dernière réfère quant à elle aux personnes salariées (à l'exclusion des cadres et des gestionnaires[57]) qui sont contraintes de vendre leur force de travail pour gagner leur subsistance.

Précisons que c'est une conception *large* de la classe des travailleuses et des travailleurs que nous proposons ici : elle ne se limite pas, comme dans certaines interprétations étroites du marxisme, aux travailleuses et aux travailleurs « manuels » (c'est-à-dire à celles et ceux que l'on désigne traditionnellement comme les ouvrières et les ouvriers[58]), ni même à l'ensemble personnes salariées contraintes de vendre leur force de travail pour survivre. En effet, elle inclut aussi les personnes qui dépendent du salaire d'autrui pour leur propre subsistance (par exemple, les conjointes et les conjoints sans travail rémunéré), de même que celles qui sont exclues (de manière temporaire ou permanente) du marché du travail et qui dépendent pour leur survie de

---

loin par une discussion sur le processus de formation des classes sociales « subjectives », c'est-à-dire en tant qu'actrices politiques conscientes (classes « pour soi »). Voir *infra*, section 0.3.3.

[57] Les cadres et les gestionnaires, qui sont aussi salariés, se distinguent de la classe des travailleuses et des travailleurs en ce qu'elles et ils détiennent un pouvoir d'organisation et de gestion des rapports de production dont sont privées les autres personnes salariées. En cela, ce groupe social peut être associé aux classes « intermédiaires » (petite paysannerie, propriétaires de petites entreprises ou commerces familiaux, membres des professions libérales, etc.) qui ne peuvent être clairement assimilées ni à l'une ni à l'autre des deux principales classes définies par les rapports de production capitalistes. Ces classes sociales intermédiaires, souvent désignées par les termes de petite-bourgeoisie ou de classe moyenne, peuvent jouer un rôle crucial dans les rapports de force entre classes sociales et doivent bien sûr être sérieusement prises en considération dans l'analyse. En ce qui concerne plus précisément l'histoire des CLSC, rappelons toutefois que les analyses recensées insistent pour la plupart justement sur le rôle qu'y joue la classe moyenne ou la petite-bourgeoisie québécoise (et en particulier les médecins). Autrement dit, ce rôle est connu et bien documenté, ce qui justifie d'autant plus d'insister surtout, dans l'analyse qui suit, sur les rapports entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs. Néanmoins, nous verrons que ce rôle de la petite-bourgeoisie dans l'histoire des CLSC, s'il n'est pas ici remis en question, peut néanmoins être réinterprété à la lumière de l'analyse matérialiste et dialectique proposée ici (et lié plus clairement aux rapports entre les classes capitaliste et laborieuse).

[58] C'est d'ailleurs pour éviter toute confusion à cet égard que nous privilégions ici le terme de « classe des travailleuses et des travailleurs » plutôt que celui, traditionnel dans le marxisme, de « classe ouvrière ».

la charité, des diverses mesures d'assistance (privées, communautaires ou publiques) et/ou du système public de sécurité sociale.

Notons dès maintenant que dans cette perspective, la distinction établie par Jetté (2008) entre le mouvement syndical et le mouvement populaire s'estompe. En effet, ces deux mouvements sont ici conçus non pas comme deux types complètement distincts de mouvements sociaux, mais plutôt comme deux modes d'organisation différents d'une même classe sociale, celle des travailleuses et des travailleurs. En cela, ils sont considérés comme partageant, face à la classe capitaliste, certains intérêts fondamentaux. Bien sûr, des différences significatives existent entre ces deux mouvements, en particulier en ce qui concerne leur composition sociale ainsi que sur le plan idéologique, et elles seront prises en compte dans l'analyse qui suit (voir *infra*, chapitre 4). Cependant, ces différences – qui n'empêcheront d'ailleurs pas les deux mouvements de converger de manière importante durant les années 1960 et 1970 (voir *infra*, chapitre 7) – sont ici considérées comme beaucoup moins fondamentales que celles qui opposent de manière irréconciliable la classe capitaliste à la classe des travailleuses et des travailleurs dans son ensemble.

En effet, comme cela a été mentionné, les rapports de production capitalistes – et donc les rapports entre capitalistes d'une part et entre travailleuses et travailleurs d'autre part – sont des *rapports d'exploitation*. Que ces rapports de production soient des rapports d'exploitation provient non pas du degré de pauvreté dans lequel sont maintenus (ou non) les travailleuses et travailleurs, ni des conditions plus ou moins pénibles dans lesquelles elles et ils travaillent, mais plutôt du fait que ces rapports de production impliquent dans leur logique même une *contrainte* au travail pour autrui (les capitalistes), qui s'approprie ainsi gratuitement (grâce à la contrainte) une partie du produit du travail fourni (la plus-value).

Parce qu'ils sont enracinés dans la contrainte systématique subie par la classe des travailleuses et des travailleurs, les rapports de production capitalistes sont aussi des

rapports de domination[59]. Toutefois, le capitalisme se distingue des autres modes de production fondés sur l'exploitation (esclavage, servage, patriarcat) par le fait qu'il n'y pas de rapport de dépendance personnelle entre la personne salariée et celle qui l'emploie. Ce rapport assume la forme d'un contrat « libre ». C'est la contrainte *économique* – le fait qu'elles ne possèdent pas leurs propres moyens de subsistance – qui oblige les salariées et les salariés à vendre leur force de travail. Cependant, il convient aussi de préciser que derrière cette contrainte économique se dresse l'État qui, notamment par le biais de ses appareils de violence, défend la propriété privée au fondement des rapports d'exploitation et veille au bon fonctionnement du système capitaliste[60].

Le cadre théorique proposé est donc un cadre théorique *matérialiste*, au sens où la production des conditions matérielles d'existence à travers des rapports de production spécifiques et leur organisation en modes de production particuliers sont considérés comme fondamentaux dans la structuration et l'évolution des sociétés, des institutions (dont l'État) et des rapports sociaux. Dans cette optique, le caractère capitaliste de la société de même que les rapports de classe qui la structurent ne peuvent apparaître comme de simples éléments contextuels, périphériques ou secondaires lorsqu'il s'agit d'analyser l'État, l'État-providence ou le système socio-sanitaire ; ils doivent nécessairement être pleinement intégrés à l'analyse, c'est-à-dire que doivent être sérieusement analysées les « contraintes matérielles » ou « structurelles » imposées par le système capitaliste et les rapports de production capitalistes à ces institutions. Toutefois, la perspective adoptée ici refuse par ailleurs de tomber dans un matérialisme mécanique ou fonctionnaliste qui concevrait ces structures, contraintes ou facteurs matériels comme un substrat désincarné, animé par des lois « objectives » et « mécaniques » et duquel découlerait automatiquement des conséquences inéluctables, par exemple quant aux actions de l'État ou quant aux réformes possibles en matière de

[59] Le concept de rapports de domination sera définit avec plus de précision plus loin.
[60] Voir *infra*, section 0.3.4.

santé. Elle conçoit plutôt ce matérialisme comme un matérialisme *dialectique* qui insiste sur le mouvement historique des rapports sociaux.

0.3.2 Matérialisme dialectique et mouvement historique des rapports sociaux

Nous avons vu que les analyses recensées tombent toutes dans une forme ou une autre de déterminisme mécanique ou de fonctionnalisme, soit parce qu'elles négligent d'intégrer le capitalisme dans leur analyse, celui-ci réapparaissant « de l'extérieur » sous forme de contraintes économiques « objectives », soit, dans le cas des analyses d'inspiration marxiste, parce que les rapports de classe à l'œuvre derrière les contraintes et les exigences qui structurent le système capitaliste restent invisibles. Le cadre théorique proposé souhaite éviter ces dérives en plaçant la dynamique historique de ces rapports au cœur de son approche.

Pour plusieurs auteures et auteurs, marxistes mais aussi féministes, l'insistance sur les rapports sociaux est le propre du matérialisme. Ainsi, dans un texte considéré comme fondateur du féminisme matérialiste, Delphy pose clairement les rapports sociaux – et plus précisément les rapports de domination – au fondement de toute approche matérialiste : « Une interprétation féministe de l'histoire est donc 'matérialiste' au sens large, c'est-à-dire que ses prémisses la conduisent à considérer les productions intellectuelles comme le produit de rapports sociaux, et à considérer ceux-ci comme des rapports de domination. » (Delphy, 2013, p. 245)[61] Pour Ollman (2003), cette insistance sur les rapports sociaux est aussi étroitement liée à la méthode dialectique constitutive du matérialisme développé par Marx. Selon lui, au fondement du

[61] Voir également Mackinnon (1989), féministe « post-marxiste » (mais matérialiste) qui définit le matérialisme dans des termes semblables. Les travaux de Mathieu (1991, 1985) et de Tabet (1985, 1979), qui montrent comment les catégories hommes-femmes, la reproduction (y compris la fertilité et la sexualité) et la division sexuelle du travail sont le produit de rapports sociaux de domination plutôt que de simples phénomènes naturels, vont également dans le même sens.

matérialisme dialectique se trouve une ontologie relationnelle, c'est-à-dire une conception de la réalité sociale dans laquelle les « unités de base » sont non pas des « objets » ou des « individus » distincts les uns des autres, mais bien des rapports sociaux :

> *Every factor that enters into Marx's study of capitalism is a 'definite social relationship'*. The relation is the irreducible minimum for all units in Marx's conception of social reality. This is really the nub of our difficulty in understanding Marxism, whose subject matter is not simply society but society conceived of 'relationally.' Capital, labor, value, and commodity are all grasped as relations, containing in themselves, as integral elements of what they are, those parts with which we tend to see them externally tied. (Ollman, 2003, p. 25. C'est l'auteur qui souligne.)[62]

Sans entrer dans une discussion sur les fondement ontologiques du marxisme (ou du matérialisme dialectique), précisons qu'au niveau de l'analyse, mettre l'emphase sur les rapports sociaux implique de rejeter toute forme de réification des structures, des « contraintes objectives », des institutions (et donc de l'État, de l'État-providence et du système socio-sanitaire), etc. en montrant comment celles-ci, qui apparaissent généralement comme des objets figés et donnés une fois pour toute, se sont historiquement constituées dans le mouvement des rapports sociaux, et notamment des rapports de classe[63]. Autrement dit, l'État, l'État-providence et le système socio-

---

[62] Ollman va encore plus loin en concevant ces rapports sociaux comme des relations « internes » (*internal relations*). Une partie importante de son ouvrage consiste à démontrer que la méthode dialectique de Marx est indissociable de la philosophie hégélienne des relations internes. Si nous ne reprendrons pas ici cette terminologie, lourde à manier dans l'analyse d'un cas spécifique comme celui des CLSC, elle est néanmoins très riche d'un point de vue épistémologique lorsqu'il s'agit de saisir l'essence de la méthode dialectique de Marx. Précisons également que cette conception *relationnelle* de la réalité sociale est étroitement liée au caractère *holistique* de l'approche marxiste : la société étant conçue non seulement comme une totalité, mais aussi comme une totalité constituée de « relations internes », il va de soi que toute analyse d'une « partie » ne peut se faire qu'à partir d'une analyse du « tout ».

[63] Bien sûr, les rapports sociaux ne se réduisent pas aux rapports de classe. Les structures, contraintes, institutions, etc. se construisent *aussi* à travers les rapports sociaux de sexe et reflètent également d'autres formes d'oppression (racisme, hétérosexisme, etc.) structurant les sociétés. L'attention portée ici aux rapports de classe ne signifie pas qu'un « privilège ontologique » est accordé à ce type de rapports sociaux au détriment des autres. Sur cette question, la présente démarche assume au contraire son caractère limité.

sanitaire de même que les structures ou autres « contraintes objectives » qui pèsent sur ces institutions sont ici conçus comme la *cristallisation momentanée de rapports sociaux historiques* (dont les rapports entre les classes sociales).

Précisons que si on parle de « cristallisation momentanée » des rapports sociaux, c'est parce que l'ontologie relationnelle du matérialisme dialectique implique également que la réalité sociale est conçue comme un *processus* fondamentalement *dynamique* ou mouvant, en transformation perpétuelle[64]. Le terme de « cristallisation » réfère ainsi à l'apparence figée ou de permanence que peuvent acquérir les rapports sociaux lorsqu'ils sont institutionnalisés dans des configurations relativement stables; quant au terme « momentanée », il vise à souligner le caractère temporaire – et en fait fondamentalement dynamique (ou autrement dit : historique) – de ces configurations (malgré leur apparence de stabilité)[65]. En plaçant le caractère fondamentalement relationnel et historique de ces « facteurs » ou « objets » sociaux au centre de l'analyse, c'est-à-dire en ayant le souci constant de montrer le mouvement historique des rapports sociaux qui se cache derrière, il devient possible d'éviter de considérer, par exemple, les caractéristiques de l'État ou du système socio-sanitaire comme le simple reflet des exigences « objectives » du système capitaliste.

C'est d'ailleurs dans cette optique que le système socio-sanitaire et l'État-providence québécois (et, par extension, l'État lui-même) seront appréhendés par le biais d'une analyse *historique* qui s'intéressera principalement aux années 1960-1970, durant

---

[64] À cet égard, Ollman parle d'une « primauté épistémologique du mouvement sur la stabilité » : « To consider the past and likely future development of anything as integral to what it is, to grasp this whole as a single process, does not keep Marx from abstracting out some part or instant of this process for a particular purpose and form treating it as relatively autonomous. [...] But when he does this, he often underscores its character as a temporally stable part of a larger and ongoing process by referring to it as a 'moment.' [...] Marx's naming practice here reflects the epistemological priority he gives to movement over stability, so that stability – whenever it is found – is viewed as temporary and/or only apparent, or, as he says on one occasion, as a 'paralysis' of movement » (Ollman, 2003, p. 66).

[65] Un survol des divers courants de la théorie marxiste de l'État permettra d'apporter d'autres précisions sur cette définition de l'État et de ses institutions comme cristallisations momentanées des rapports sociaux (voir *infra*, section 0.3.4).

lesquelles ont été construites, à la faveur de la Révolution tranquille et de la Réforme des Affaires sociales, les bases de ces institutions. Une telle démarche devrait nous permettre de mettre en évidence que ces institutions sont non pas des objets désincarnés et structurés par des contraintes tout aussi désincarnées, mais bien la cristallisation momentanée de rapports sociaux historiques. Autrement dit, il s'agira de voir dans quelle mesure la dynamique des rapports sociaux (et en particulier des rapports de classe) a contribué à définir et à structurer ces institutions et, par extension, les limites et contraintes qui pèsent, encore aujourd'hui, sur les luttes actuelles concernant leur avenir.

Si une attention particulière sera portée aux années 1960-1970, le matérialisme dialectique impose non seulement d'adopter une *perspective large* qui l'amène à inscrire l'histoire des CLSC dans les grandes tendances internationales traversant le capitalisme de l'époque, mais aussi une *perspective historique longue*, seule à même de rendre visible les rapports de classe à l'œuvre derrière les divers facteurs qui interviennent dans les analyses recensées de l'histoire des CLSC. C'est ainsi que, sans prétendre faire une histoire exhaustive du système socio-sanitaire québécois, l'analyse présentée ici plongera ses racines jusque dans la seconde moitié du XIXe siècle, au moment où s'amorce la construction des conditions dans lesquelles sera menée la Réforme des Affaires sociales du début des années 1970 (et au moment où émerge le mouvement ouvrier comme force socio-politique organisée)[66].

Par ailleurs, la perspective dialectique consistant également à éviter la réification des facteurs « économiques » ou « matériels », une attention particulière doit être portée aux dimensions politique et idéologique de ces rapports sociaux : il faut tirer toute les conséquences, pour l'analyse, du fait que les rapports de production capitalistes, parce qu'ils sont des rapports d'exploitation, sont en même temps des rapports de

[66] Nous y reviendrons au moment de présenter la méthodologie (voir *infra*, section 0.4.1).

domination. En cela, ils sont traversés de *rapports de force* sur lesquels il s'agira d'insister.

Dans son sens le plus étroit, le concept de rapports de force réfère bien sûr à la *capacité* des actrices et des acteurs sociaux (et notamment des classes sociales), à *imposer* leurs intérêts et leurs points de vue. Précisons cependant que ce concept est ici lui-même défini dialectiquement, c'est-à-dire qu'il est conçu de manière holistique, relationnelle et dynamique, et donc comme un phénomène global, complexe et historique dont les déterminations et les effets sont tout aussi globaux, complexes et en mutation perpétuelle. Dans cette optique, les facteurs économiques (de même que les autres types de facteurs structurels ou institutionnels) généralement réifiés et compris comme déterminant « de l'extérieur » les rapports de force (ou l'issue des luttes) sont ici considérés comme étant eux-mêmes le fruit historique des luttes passées et comme susceptibles de devenir à nouveau l'objet de luttes sociales (et donc d'être transformés). Inversement, les luttes présentes et leurs manifestations sont en même temps les conditions des luttes futures.

En cela, les luttes (économiques, politiques et idéologiques) entre actrices et acteurs sociaux (dont les luttes de classe) et les conditions (économiques, politiques et idéologiques, favorables ou défavorables) dans lesquelles elles se déroulent sont ici conçues comme étant mutuellement constitutives. C'est d'ailleurs pourquoi le concept de rapport de force réfère autant aux luttes qu'aux conditions de la lutte[67]. On le constate, une telle définition de ce concept suppose une permutation continuelle des « causes » et des « effets » du rapport de force : par exemple, une intensification des grèves et de la contestation sociale sera considérée à la fois comme le résultat, la manifestation et la cause d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux

[67] Précisons que ces luttes peuvent être « actives » ou « larvées » : dans certains contextes ou à certains moments, l'hégémonie des groupes dominants peut être telle qu'aucune résistance (ou lutte) significative ne se manifeste (du moins ouvertement) chez les groupes dominés (on peut alors parler de luttes « larvées »), ce qui n'empêche pas de qualifier ces rapports de rapports de force (et de domination). Il s'agit simplement de rapports de force particulièrement défavorables aux groupes dominés.

travailleurs. Si une telle approche peut évidemment difficilement satisfaire les exigences de l'épistémologie positiviste la plus stricte, qui conçoit la causalité en termes beaucoup plus « linéaires », elle donne cependant des pistes d'analyse susceptibles de rendre compte d'une réalité complexe et en transformation perpétuelle[68].

0.3.3 « Point de vue » des groupes dominés, classes « en soi »/« pour soi » et alternatives radicales

Revenons maintenant sur le fait que, tout comme chez Delphy et en accord avec la plupart des théories critiques inspirées du marxisme, ces rapports de force sont aussi conçus comme des *rapports de domination*, c'est-à-dire comme des rapports dans lesquels un déséquilibre systématique structure les luttes en conférant aux groupes dominants un avantage décisif (et donc une capacité plus grande (systémique) de contraindre ou d'imposer leurs intérêts et visions du monde). Toutefois, la perspective défendue ici s'inscrit également à la suite d'auteures et auteurs marxistes et/ou féministes qui refusent de concevoir cette domination comme une hégémonie absolue qui priverait les groupes dominés de leur statut d'acteurs (ou, pour reprendre un terme anglophone qui n'a pas d'équivalent en français, de leur *agency*)[69].

Contre cette tendance caractéristique de certaines approches critiques (dont quelques unes recensées dans la littérature sur les CLSC), ces auteures et auteurs s'attachent dans leurs travaux à montrer que les groupes dominés ne sont pas simplement les « objets »

---

[68] Pour Ollman, tenter d'analyser la société revient à tenter de sauter dans une voiture en mouvement. Pour lui, la méthode dialectique est le meilleur moyen d'y parvenir : « No one that is about to climb aboard the moving vehicle that is our rapidly changing society can afford to proceed without it. » (2003, p. 12) Évidemment, une telle définition – dialectique – du concept de rapport de force pose des défis méthodologiques particuliers, sur lesquels nous reviendrons plus loin (voir *infra*, section 0.4.2).

[69] Voir notamment Dumont (1995) et le Collectif Clio (1992), Piven (1985), Tucker (1990) et Thompson (1971; 1968).

d'une histoire intégralement orchestrée par les groupes dominants, mais qu'ils en sont également des sujets dotés d'intérêts, d'une vision du monde et d'une conscience propres (et ce même si celle-ci, comme nous le verrons, est médiatisée par la conscience dominante). Plus encore, on tente de montrer que les groupes dominés sont de véritables acteurs sociaux pouvant contribuer de manière significative à la structuration des sociétés. C'est d'ailleurs dans cette optique que Thompson s'oppose aux conceptions de la classe ouvrière qui « tend to obscure the agency of working people, the degree to which they contributed by conscious efforts, to the making of history. » (Thompson, 1968, p. 13)[70]

C'est aussi dans cette optique que Lebowitz (2003) dénonce ce qu'il appelle le « marxisme à une face » (*one-sided marxism*). Pour lui, c'est le caractère partiel de ce type de marxisme qui explique ses dérives fonctionnalistes. Par sa tendance à analyser le capitalisme strictement à partir des besoins et intérêts du capital ainsi que de la logique qui en découle (ou, en d'autres termes, à partir de « l'économie politique du capital »), le « marxisme à une face » tend en effet à considérer toutes les réformes, structures, institutions, programmes, etc., comme le résultat automatique de cette logique, de ces exigences ou de ces intérêts. Or, Lebowitz montre aussi que la méthode dialectique de Marx conduit logiquement à compléter ce type d'approches partielles en développant ce qu'il appelle, à la suite de Marx, « l'économie politique du travail salarié » (*political economy of wage-labour*), c'est-à-dire une analyse du capitalisme à partir des besoins et intérêts des travailleuses et travailleurs[71] ou, autrement dit, à partir de leur « point de vue ».

---

[70] Par ailleurs, ce parti pris théorique et méthodologique en faveur d'une prise en compte sérieuse des groupes dominés comme « agents » n'implique pas nécessairement les dérives que dénonce Mathieu (1991, chapitre 5) et qui consistent à considérer que les personnes dominées consentent ou participent d'une manière ou d'une autre à leur propre domination. Rappelons que nous souhaitons au contraire montrer qu'en tant qu'acteurs, les groupes dominés peuvent parvenir, *malgré* leur situation de domination, à développer et imposer (du moins en partie) leurs propres points de vue.

[71] Voir Lebowitz (2003), à partir du chapitre 5.

Dans une perspective semblable, Dumont (1995; voir aussi le Collectif Clio, 1992) se donne pour objectif d'analyser l'histoire des femmes à partir de leur propre « point de vue », qu'elle oppose au point de vue généralement adopté dans l'histoire « dominante », de laquelle les femmes sont soit pratiquement absentes, soit reléguées à l'arrière-plan, mais en tout cas jamais présentes en tant qu'actrices. En cela, elle rejoint le projet de Smith (2004), qui propose de développer, comme alternative à la sociologie dominante, une sociologie réalisée à partir du point de vue des femmes (*women's standpoint*).

Comme nous le verrons plus loin (voir *infra*, section 0.4), ce concept de « point de vue » occupe une place centrale dans la méthode ayant guidé la recherche et l'analyse. Il convient donc de le préciser en discutant de certains enjeux soulevés à son sujet par des auteures et des auteurs marxistes et/ou féministes qui apparaissent comme incontournables sur cette question.

La discussion de la dimension épistémologique de la notion de « point de vue » (section 0.3.3.1) permettra d'expliciter la prétention à un positionnement épistémologique privilégié de la perspective critique adoptée dans la thèse (voir *supra*, section 0.3.1). La réflexion sur les questions ontologiques sous-jacentes à la notion de point de vue de classe (section 0.3.3.2) permettra quant à elle de préciser davantage le concept de classe sociale, abordé jusqu'à maintenant uniquement dans sa dimension « objective » (voir *supra*, section 0.3.1), et conduira à anticiper, dans la section suivante, sur certains enjeux méthodologiques impliqués par l'utilisation de ce concept de point de vue de classe comme outil d'analyse (section 0.3.3.3).

0.3.3.1 Sens et portée épistémologiques de la notion de « point de vue » : privilège épistémologique du point de vue des groupes dominés

Évidemment, le concept de point de vue a d'abord un sens et une portée épistémologiques. Ainsi, pour Ollman (2003), le « point de vue » (*vantage point*) est un « mode d'abstraction » propre à la méthode dialectique de Marx. Dans cette optique, un point de vue est en quelque sorte un poste d'observation « within the relationship from which to view, think about and piece together the other components in the relationship. » (Ollman, 2003, p. 75) De plus, un point de vue définit un champ visuel particulier :

> A vantage point sets up a perspective that colors everything that falls into it, establishing order, hierarchy, and priorities, distributing values, meanings and degrees of relevance, and asserting a distinctive coherence between the parts. Within a given perspective, some processes and connections will appear large, some obvious, some important ; others will appear small, insignificant and irrelevant ; and some will even be invisible. (Ollman, 2003, p. 100)

Par ailleurs, le concept de point de vue tel qu'il est compris ici s'oppose – toujours sur le plan épistémologique – aux prétentions à la neutralité ou à l'objectivité qui caractérisent la plupart des courants scientifiques prédominants. Inhérente à la notion de point de vue se trouve en effet l'affirmation, mise de l'avant par plusieurs approches critiques, que toute connaissance, *même celle qui se prétend neutre ou objective*, est *située socialement*, ancrée dans un point de vue particulier défini par un ensemble de déterminations socio-historiques spécifiques.

Ainsi, pour Lukács (1960) – dont les thèses publiées en 1923 dans *Histoire et conscience de classe* auront une influence majeure sur les contributions épistémologiques critiques subséquentes – la connaissance est nécessairement liée à un

« point de vue » ou à une « conscience » de classe[72]; il rejette du même coup la possibilité, pour la science « bourgeoise » *mais aussi pour le marxisme*, de produire une connaissance « neutre » ou « objective ». Cette thèse générale a par la suite été reprise sous différentes formes au sein du marxisme[73], mais son influence s'est aussi étendue à d'autres courants, et notamment au féminisme, qui a joué un rôle important dans son renouvellement.

Un des apports majeurs du féminisme à cet égard est d'avoir élargi cette thèse – centrée sur les rapports de classe – aux rapports sociaux de sexe, et éventuellement à l'ensemble des rapports d'oppression. C'est le cas de la « théorie du point de vue féministe » (*feminist standpoint theory*) qui, à partir des travaux d'auteures comme Hartsock (2004), Harding (2004; 2004a; 2004b), Mackinnon (1989), et Smith (2005, 2004), se développe en Amérique du Nord à partir du début des années 1980[74]. Une réflexion similaire est amorcée en France dès 1975 avec la publication par Delphy de *Pour un féminisme matérialiste* (Delphy, 1998).

Ainsi, la plupart de ces auteures s'attachent à montrer comment le « point de vue » qui se prétend neutre, objectif et universel correspond en réalité à un point de vue spécifique (c'est-à-dire au point de vue masculin et/ou des autres groupes dominants) qui produit et reproduit des effets de domination; en fait, elles suggèrent que c'est précisément parce qu'il est ancré dans une position sociale dominante que ce point de vue peut se croire libre de toutes déterminations socio-historiques spécifiques[75].

---

[72] Lukács s'appuie notamment sur des positions analogues qui sont présentes de manière éparse et non systématisée dans divers écrits de Marx. Pour un résumé de ces positions, voir Löwy (1985).

[73] Voir notamment Adorno (1984, 1979), Horkheimer (1974) et, plus récemment, Löwy (2012, 1985, 1973).

[74] Smith peut ici être considérée comme une précurseur puisque dès 1972, elle propose de développer une sociologie alternative ancrée dans ce qu'elle appelle alors la « perspective des femmes » (*women's perspective*) (Smith, 2004). Inspirée plus tard par Harding (qui a elle-même repris un terme proposé par Hartsock en 1983 – soit plus d'une décennie après les premiers travaux de Smith), elle utilisera éventuellement le terme de « point de vue des femmes » (*women's standpoint*) (Smith, 2005, empl. 271).

[75] Ainsi, Smith souligne que c'est le travail domestique ou clérical traditionnellement effectué par les femmes qui permet aux hommes d'entrer dans l'univers conceptuel des abstractions, qui apparaissent

D'autre part, et de manière analogue à Lukács, elles assument clairement le caractère socialement situé du point de vue féministe (ou du point de vue des femmes)[76]. Plus encore, Hartsock affirme que « [a] standpoint is not simply an interested position (interpreted as bias) but is interested in the sense of being engaged. » (2004, p. 36)

Précisons cependant que si le concept de point de vue implique un rejet des prétentions à la neutralité et à l'objectivité scientifiques, ni Lukács, ni ces féministes n'adhèrent à un relativisme qui les amènerait à concevoir ces points de vue comme épistémologiquement équivalents. Ainsi, Lukács soutient qu'en tant que classe dominante, la bourgeoisie (et donc la science bourgeoise) a un intérêt primordial à cacher (aux autres mais aussi à elle-même) les fondements du système capitaliste, basé sur l'exploitation et la domination (Lukács, 1960, p. 91).

De même, puisque la perpétuation de sa domination sociale dépend de la préservation du capitalisme, la bourgeoisie a aussi intérêt à masquer le caractère historique et transitoire de ce dernier et à le présenter (et à se le représenter) comme une réalité naturelle, inévitable et éternelle. Autrement dit, « les limites objectives de la production capitaliste deviennent les limites de la conscience de classe de la bourgeoisie » puisqu'il y a une « *nécessité, pour les limites économiques objectives du système, de rester inconscientes* », ce qui « *se manifeste comme une contradiction interne et dialectique dans la conscience de classe* » de la bourgeoisie (Lukács, 1960, p. 88-89).

---

ainsi (les hommes et les concepts) comme libérés de leurs déterminations corporelles, locales, concrètes (Smith, 2004, p. 26).

[76] Pour sa part, Smith ne conçoit pas le point de vue des femmes dans lequel elle souhaite ancrer sa sociologie alternative (l'ethnographie institutionnelle) comme attaché à une position sociale spécifique. Ce point de vue, dont le point de départ se trouve dans l'expérience quotidienne des femmes, en est venu à correspondre à un « standpoint in people's everyday lives » (Smith, 2005, empl. 288) : « The version of standpoint that I have worked with [...] is rather different [...] in that it does not identify a socially determined position or category of position in society (or political economy). Rather, my notion of women's (rather than feminist) standpoint is integral to the design of what I originally called 'a sociology for women', which has necessarily been transformed into 'a sociology for people'. It does not identify a position or a category of position, gender, class, or race within the society, but it does establish as a subject position for institutional ethnography as a method of inquiry, a site for the knower that is open to anyone. » (Smith, 2005, empl. 273-279)

Sa situation de classe implique donc, pour la bourgeoisie, un « point de vue » de classe (et un accès à la connaissance) nécessairement limité.

Au contraire, la classe ouvrière a un intérêt vital dans une connaissance complète du système capitaliste, qui révèle les rapports de domination et d'exploitation qui le sous-tendent et qui dévoile son inscription historique et la possibilité de son dépassement : « pour le prolétariat et pour le prolétariat seul, une juste compréhension *de l'essence de la société* est un facteur de puissance de tout premier ordre » (Lukács, 1960, p. 93). Plus encore, la lutte politique de la classe ouvrière ne vise pas la domination et l'exploitation d'une autre classe. En cela, son horizon intellectuel n'est pas limité par la nécessité de cacher ses véritables objectifs, d'où sa position privilégiée sur le plan épistémologique : « C'est justement parce que le prolétariat ne peut se libérer comme classe qu'en supprimant la société de classes en général, que sa conscience [...] doit coïncider [...] avec le dévoilement de l'essence de la société » (Lukács, 1960, p. 95).

Dans une optique semblable, Harding soutient, à la suite de plusieurs autres féministes, que malgré ses prétentions à l'universalité, le point de vue masculin ou dominant est incapable de rendre compte non seulement des situations d'oppression vécues par les femmes et les autres groupes opprimés, mais aussi des rapports d'oppression ou de domination en général (Harding, 2004a, p. 5). Inversement, Delphy (1998) affirme que ce n'est qu'à partir de la situation et du point de vue des groupes opprimés qu'il est possible de parvenir à une connaissance de cette situation comme situation d'oppression. L'originalité du point de vue féministe n'est cependant pas d'apporter un nouvel objet d'étude pour la connaissance (tel que la situation des femmes); il constitue en fait un *regard* nouveau qui s'applique « nécessairement à la totalité de l'expérience humaine » (Delphy, 1998, p. 278). Harding va dans le même sens lorsqu'elle affirme que

> [s]tandpoint theories argue for 'starting off thought' from the lives of marginalized peoples; beginning in those determinate, objective locations in any

> social order will generate illuminating critical questions that do not arise in thought that begins from dominant group lives. Starting off research from women's lives will generate less partial and distorted accounts not only of women's lives but also of men's lives and of the whole social order. (Harding, 2004b, p. 128)

Il convient toutefois de préciser que pour Lukács comme pour les théoriciennes du point de vue féministe, ce point de vue – de classe ou féministe – n'est pas donné de manière automatique et non problématique (Harding, 2004a, p. 8). C'est d'ailleurs en cela que la position de classe ou la situation sociale des groupes dominés ne leur *assure* pas une meilleure connaissance de la réalité et qu'elle doit plutôt être comprise comme une *potentialité* (Löwy, 1973, p. 234-235). En effet, les points de vue (de classe ou autres) sont considérés comme *médiatisés* et, dans une société fondée sur l'appropriation privée des moyens de production, sur l'exploitation et sur la domination, ils sont aussi, comme l'indique le concept de « fausse conscience » développé par Lukács, réifiés ou aliénés. Ainsi, Mackinnon souligne comment le point de vue des femmes est médiatisé par celui des hommes, qui s'impose non seulement sur le plan idéologique, mais aussi dans l'expérience et la réalité concrète des femmes[77] :

> Because [the male standpoint] is the dominant point of view and defines rationality, women are pushed to see reality in its terms, although this denies their vantage point as women in that it contradicts at least some of their experience [...]. But largely, the content of the signification 'woman' from the male point of view is the content of women's lives. (Mackinnon, 1989, p. 114)[78]

Lukács considère pour sa part que c'est le fonctionnement du mode de production capitaliste lui-même qui est au fondement de la « fausse conscience » qui aliène non seulement la classe ouvrière (1960, p. 94-95), mais aussi la bourgeoisie elle-même. En

---

[77] À l'instar de Lukács, Mackinnon souligne d'ailleurs qu'en cela, la « fausse conscience » des femmes n'est jamais complètement fausse (1989, p. 115 et suivantes). Hartsock va dans le même sens lorsqu'elle affirme que « [t]he vision of the ruling class (or gender) structures the material relations in which all parties are forced to participate, and therefore cannot be dismissed as simply false. » (2004, p. 37)

[78] Voir égalmenet Smith (2004, p. 22)

effet, parce que le capital est « une puissance sociale dont les mouvements sont dirigés par les intérêts individuels des possesseurs de capitaux, qui n'ont aucune vue d'ensemble de la fonction sociale de leur activité et n'en n'ont aucun souci », il en découle que la bourgeoisie « ne peut devenir consciente de l'évolution de ce processus qu'elle accomplit elle-même que comme d'un mécanisme extérieur à elle. » (Lukács, 1960, p. 87-88) Ainsi :

> La pensée bourgeoise considère toujours et nécessairement la vie économique du point de vue du capitaliste individuel, et il en résulte automatiquement cette opposition aigüe entre l'individu et la 'loi de la nature', toute puissante, impersonnelle, qui meut toute la société. (Lukács, 1960, p. 88)[79]

Dans une optique semblable, Smith considère elle aussi que tous les points de vue sont médiatisés, mais par ce qu'elle appelle pour sa part – dans une perspective peut-être plus proche de la théorie du discours que du marxisme[80] – les « ruling relations », qui sont définies comme

> that extraordinary yet ordinary complex of relations that are textually mediated, that connect us across space and time and organize our everyday lives—the corporations, government bureaucracies, academic and professional discourses, mass media, and the complex of relations that interconnect them. (Smith, 2005, empl. 281-283)

En effet, si le point de vue des femmes est médiatisé par celui des hommes, et si ceux-ci occupent une place dominante dans les « ruling relations », il n'en reste pas moins qu'en tant que participants à ces dernières, ils sont eux aussi aliénés : « The governing processes of our society are organized as social entities constituted externally to those

---

[79] Lukács précise que « [d]e là découle [...] la rivalité entre intérêt de classe et intérêt individuel en cas de conflit (qui, à vrai dire, est rarement devenu, chez les classes dominantes, aussi violent que la bourgeoisie) » (1960, p. 88). Nous verrons que plusieurs théoriciens marxistes de l'État – surtout ceux qui sont proches du structuralisme – vont jusqu'à considérer, sur des bases semblables, que la classe capitaliste est incapable de se constituer en « classe pour soi » (voir *infra*, section 0.3.4.2.2).

[80] Voir par exemple sa notion de « governing processes », très proches du concept de gouvernementalité développé par Foucault (Smith, 2004, p. 22-23).

persons who participate in and perform them. The managers, the bureaucrats, the administrators [...] are people who are *used.* » (Smith, 2004, p. 23)

Dans ce contexte, la « conscience » ou le « point de vue » doivent être considérés comme *le résultat d'un processus* plutôt que comme un donné. De plus, dans le cas des groupes dominés en particulier, le point de vue féministe et la conscience de classe des travailleuses et des travailleurs sont le résultat d'un processus *dans lequel l'organisation et la lutte socio-politiques jouent un rôle fondamental*[81]. Ainsi, Smith souligne que

> It is this active and shared process of speaking from our experience, as well as acting and organizing to change how those experiences had been created, that has been translated in feminist thinking into the concept of a feminist standpoint—or, for me, women's standpoint. (Smith, 2005, empl. 237-239)

De même, Delphy affirme que c'est la lutte des femmes qui permet de concevoir la situation des femmes comme politique et comme oppression. Autrement dit, la lutte socio-politique fonde la connaissance, qui participe à son tour à cette lutte (1998, p. 280-281). Dans la même optique, Mackinnon parle de la « lutte pour la conscience » (*struggle for consciousness*) et insiste sur le rôle central du processus de « consciousness raising » dans cette lutte (1989, p. 120). Hartsock soutient elle aussi que

> the vision available to the oppressed group must be struggle for and represents an achievement which requires both science to see beneath the surface of the social relations in which all are forced to participate, and the education which can only grow from struggle to change those relations. (2004, p. 37)

On voit ici clairement l'influence de Lukács, pour qui la « conscience de classe n'est pas donnée immédiatement au prolétariat : elle est un produit de la lutte de classes, comme tout fait social; elle est le résultat d'une longue évolution qui conduit de

---

[81] Nous aurons l'occasion de revenir sur les mécanismes par lesquels la classe capitaliste parvient à développer une conscience de classe (voir *infra*, section 0.3.4.2.2).

l'utopisme jusqu'à la Commune de 1971 et jusqu'à nos jours. » (Löwy, 1985, p. 133) Ainsi, pour Lukács, la conscience de classe ne correspond pas à « ce que les hommes ont pensé, ressenti et voulu *effectivement* sous des conditions historiques déterminées, dans des situations de classe déterminées, etc. » (Lukács, 1960, p. 73) Autrement dit, « [c]ette conscience n'est [...] ni la somme ni la moyenne de ce que les individus qui forment la classe, pris un par un, pensent, ressentent, etc. » ni « les pensées empiriques effectives, les pensées psychologiquement descriptibles et explicables que les hommes se font de leur situation vitale. » (Lukács, 1960, p. 73)[82]

La conscience de classe telle que définie par Lukács correspond plutôt à une « possibilité objective », c'est-à-dire aux

> pensées et [aux] sentiments que les hommes *auraient eu*, dans une situation vitale déterminée, *s'ils avaient été capables de saisir parfaitement* cette situation et les intérêts qui en découlaient tant par rapport à l'action immédiate que par rapport à la structure, conforme à ces intérêts, de toute la société; [elle correspond aux] pensées, etc., qui sont conformes à leur situation objective. (Lukács, 1960, p. 73)

Pour Lukács, c'est à travers le processus historique du développement de cette conscience de classe que les classes elles-mêmes se constituent en tant qu'actrices capables d'agir politiquement (consciemment) sur la base de leur position « objective » de classe :

> Il faut, non seulement 'vis-à-vis du capital', mais 'pour lui-même', comme dit Marx, [que le prolétariat] *devienne une classe*; c'est-à-dire qu'il élève la nécessité économique de sa lutte de classe au niveau d'une volonté consciente, d'une conscience de classe agissante. (Lukács, 1960, p. 102)[83]

---

[82] En plus de ses dimensions épistémologiques, le concept de point de vue suppose donc des enjeux méthodologiques sur lesquels nous reviendrons plus loin (voir *infra*, sections 0.3.3.3 et 0.4.2).
[83] C'est moi qui souligne.

0.3.3.2 Questions ontologiques sous-jacents à la notion de points de vue de classe : classe « en soi » vs classe « pour soi »

Dans cette optique, la notion de conscience ou de point de vue de classe ne se résume pas aux enjeux épistémologiques qu'elle soulève; elle renvoie aussi à la question plus « ontologique » du passage de la classe « en soi » à la classe « pour soi ». Or, jusqu'à ce point-ci du cadre théorique, les classes n'ont été définies que comme classes « en soi », c'est-à-dire par leur positionnement « objectif » au sein des rapports de production (voir *supra*, section 0.3.1). Cependant, concevoir les classes sociales comme des actrices agissant politiquement sur la base de cette position de classe suppose leur identification subjective (consciente) à une classe partageant des intérêts et un point de vue communs (classe « pour soi »).

Toutefois, si, comme nous l'avons vu, les points de vue de classe ne sont pas donnés immédiatement et qu'ils sont au contraire médiatisés, il en découle que les classes en tant qu'actrices (« pour soi ») n'émergent pas « automatiquement » et de manière non problématique de l'existence « objective » des classes (« en soi »)[84]. Autrement dit, puisque le développement de la conscience ou du point de vue de classe n'est pas le résultat spontané du positionnement dans les rapports de production, le passage des classes « en soi » aux classes « pour soi » implique, pour reprendre les termes d'auteurs comme Thompson (1968) et Denis (2003), *un processus de formation des classes sociales*.

En fait, certains auteurs comme Thompson rejettent carrément la notion d'une classe « en soi » : pour lui, les classes ne sont ni des « choses », ni des « structures », ni des

---

[84] Cette idée est présente chez Marx. Voir notamment son analyse de la paysannerie parcellaire française dans le *18 Brumaire de Louis Bonaparte* (Marx, 2002) : celle-ci est considérée comme une classe dans la mesure où elle partage des conditions matérielles d'existence semblables qui la distinguent des autres classes sociales (classe « en soi »); mais elle n'est pas une classe dans la mesure où son isolement social la rend incapable de s'organiser politiquement, de se représenter elle-même et de défendre ainsi ses propres intérêts (classe « pour soi »).

« catégories » pouvant être définies abstraitement par le positionnement des personnes dans les rapports de production (1968, p. 9-10)[85]. Les classes doivent plutôt être appréhendées comme étant fondamentalement le produit de relations *historiques*, et donc comme le produit d'un processus (historique) de formation. Une telle conception (historique et relationnelle) implique que les classes ne peuvent être conçues comme préexistant aux relations qui les constituent : « we cannot have two distinct classes, each with an independant being, and then bring them *into* relationship with each other. » (Thompson, 1968, p. 9)

Au contraire, c'est précisément à travers le développement historique de leurs relations – de solidarité ou antagoniques – que se forment les classes sociales : « class happens when some men, as a result of common experiences (inherited or shared), feel and articulate the identity of their interests as between themselves, and as against other men whose interests are different form (and usually opposed to) theirs. » (Thompson, 1968, p. 9-10) Dans cette perspective, les classes n'existent donc « réellement » qu'en tant que classes « pour soi ».

Ceci ne signifie pas pour autant que l'approche de Thompson puisse être identifiée à celles du « tournant linguistique », qui considèrent que

> [l]es identités sociales [y compris les identités de classe] naissent et se formulent [...] de manière discursive, tout comme les identités politiques naissent sur le terrain des projets de société, sans rapport de dépendance entre ces deux types d'identité ni entre eux et la structuration économique des sociétés. (Denis, 2003, p. 45)

---

[85] Sur cette base, il rejette aussi vigoureusement la notion lukácsienne de conscience de classe « adjugée » (Lukács, 1960, p. 73), c'est-à-dire pouvant être déduite de la situation objective d'une classe. Selon lui, la notion de classe « en soi » tend à mener à une théorie de la substitution : avec cette notion, « it becomes possible to deduce the class-consciousness which 'it' [the working class] ought to have (but seldom does have) if 'it' was properly aware of its own position and real interests. There is a cultural superstructure, through which this recognition dawns in inefficient ways. These cultural 'lags' and distortions are a nuisance, so that it is easy to pass from this to some theory of substitution: the party, sect, or theorist, who disclose class-consciousness, not as it is, but as it ought to be. » (Thompson, 1968, p. 10)

En effet, si la perspective historiciste de Thompson l'amène à rejeter la notion de classe « en soi » – ou la définition abstraite/théorique des classes par leur positionnement « objectif » dans les rapports de production –, il n'en demeure pas moins que pour lui, les expériences de classe sur la base desquelles se forment les classes sociales sont « largely determined by the productive relations into which men are born – or enter involuntarily. » (Thompson, 1968, p. 10) Cependant, cette détermination matérielle des expériences de classe n'implique pas une détermination de la conscience de classe au sens strict, même si Thompson perçoit un lien entre les expériences et la conscience de classe :

> Class-consciousness is the way in which these experiences are handled in cultural terms : embodied in traditions, value-systems, ideas, and institutional forms. If the experiences appears as determined, class-consciousness does not. We can see a *logic* in the responses of similar occupational groups undergoing similar experiences, but we cannot predicate any *law*. Consciousness of class arises in the same way in different times and places, but never in just the same way. (Thompson, 1968, p. 10)

Denis (2003) insiste lui aussi sur le rôle des déterminations matérielles dans le processus de formation des classes sociales. Il en veut notamment pour preuve le fait que

> [l]es acteurs sociaux dans l'entreprise tendent à se former partout en configurations d'intérêts aux bornes finalement identiques. Il est remarquable aussi que, malgré les différences de culture, de situation, de traditions, les luttes ouvrières s'articulent en schémas non moins similaires entre les pays : grèves, boycottages, rassemblements et cortèges [...]. Autant de réalités, sans cesse répétées, qui témoignent de la tangibilité du rapport social entre travail et capital et de sa matérialité. (Denis, 2003, p. 55)

Ces similarités concernent également le développement des modes d'organisation propres à la classe des travailleuses et des travailleurs que sont le syndicalisme et les partis ouvriers de masse. En ce qui concerne ces derniers :

> La simultanéité, évidemment relative, de leur apparition, soit pour l'essentiel dans les deux dernières décennies du XIX[e] siècle, le caractère fulgurant de leur développement, l'incidence déterminante de leur présence sur la vie politique [...], voilà autant d'éléments qui attestent non seulement de l'existence réelle, comme catégorie active, de la classe ouvrière, mais aussi le poids de sa présence historique et le fait que les 'rapports sociaux élémentaires' ouvrent la voie à des dynamiques politiques identitaires. (Denis, 2003, p. 57)

Denis rejette donc les formulations les plus radicales des approches discursivistes, qui conçoivent les classes sociales elles-mêmes comme des « discours » ou des « représentations » construites à travers les pratiques discursives d'organisations qui prétendent ou croient représenter les intérêts de classes sociales préexistantes. En effet, pour ces approches,

> les classes n'ont pas 'd'intérêts objectifs, repérables indépendamment [du discours] de partis politiques et d'idéologies spécifiques, etc. [...] Ce que les moyens de représentations 'représentent' [c'est-à-dire les classes sociales] n'existe pas en dehors du procès de représentation' (Denis, 2003, p. 49).

Dans l'optique des tenantes et des tenants du tournant linguistique, le processus de formation des classes sociales est donc en fait un processus *discursif* dans lequel « les organisations du mouvement ouvrier, et en premier lieu les partis, ne sauraient être envisagées comme la représentation structurée d'un acteur social [préexistant]; elles donnent plutôt naissance à la classe ouvrière » (Denis, 2003, p. 50) par leurs pratiques discursives.

Si Denis n'adhère pas à ces positions, il considère néanmoins – à l'instar de plusieurs autres marxistes – que le développement des organisations de classe joue un rôle crucial dans le processus de formation des classes sociales[86]. De plus, il considère que ce rôle

---

[86] Tout comme Thompson, Denis s'intéresse surtout à la formation de la classe ouvrière et au rôle de ses organisations dans ce processus, mais nous verrons plus loin que d'autres auteurs – notamment les théoriciens marxistes de l'État proche du courant instrumentaliste – se sont intéressés à la capacité de la classe capitaliste à se constituer en classe « pour soi » (et donc au processus de formation de la classe capitaliste) et au rôle joué à cet égard par les organisations capitalistes (voir *infra*, section 0.3.4.2.2).

ne peut être conçu simplement comme celui d'un « canal d'expression » pour les dynamiques à l'œuvre dans les rapports sociaux « matériels » (Denis, 2003, p. 50) : les organisations ne font pas que « refléter » des intérêts « objectifs » ou un point de vue de classe déjà constitués, elles contribuent aussi activement à définir ces intérêts et ce point de vue et, surtout, leur expression politique. Ceci est d'autant plus vrai que les déterminations sociales – la dynamique des rapports sociaux matériels – qui poussent partout les travailleuses et les travailleurs salariés à s'organiser sur des bases similaires produisent aussi des forces centrifuges qui œuvrent en sens inverse :

> Le salariat met en effet les travailleurs et travailleuses en position de concurrence systématique entre eux pour l'emploi, la rémunération, les conditions de la production, les promotions, du fait même de leur dépendance envers l'embauche. La réalité des rapports sociaux porte à l'action collective, mais aussi à la dislocation du groupe. (Denis, 2003, p. 58)

Il en découle que « 'l'unité politique' de la classe ouvrière [...] ne procède pas immédiatement du rapport social entre travail et capital, mais doit plutôt être *construite*. » (Denis, 2003, p. 58)[87] Cette « construction active » dépend de toute une série de facteurs non seulement socio-économiques, mais aussi institutionnels et idéologiques (Denis, 2003, p. 48), ainsi que des luttes sociales et politiques que rend possible « la mise sur pied d'organisations [de classe] distinctes » (Denis, 2003, p. 59). Autrement dit, « [l]a prédominance du principe collectif sur la concurrence tous azimuts est un enjeu » et elle est « [a]cquise historiquement sur le plan organisationnel » (Denis, 2003, p. 58) ainsi que par le biais des luttes menées. En cela, Denis reconnaît ce qu'il considère être une des contributions du tournant linguistique, à savoir que les organisations de classes participent à la « création » des classes sociales (en tant que classes « pour soi ») :

---

[87] Comme cela a été mentionné précédemment, des constats similaires sont faits par les diverses approches marxistes de l'État en ce qui concerne la classe capitaliste. Nous y reviendrons plus loin (voir *infra*, section 0.3.4.2.2).

> Il est vrai que les débats de programme, de plates-formes, l'action et ses résultats, les 'lieux' qui les rendent possibles et qu'ils servent à déterminer, ne font pas qu'exprimer des aspirations, mais qu'ils sont aussi une voie concrète de leur éclosion, comme ils ouvrent la voie à leur apparition en mouvement social. Ils homogénéisent des perceptions, structurent des comportements, façonnent des réflexes de groupe; en ce sens, ils ne 'représentent' pas un mouvement, ils le sont. (Denis, 2003, p. 50-51)

Cela signifie aussi bien sûr que les organisations jouent un rôle central non seulement dans *l'expression* des points de vue de classe, mais aussi dans leur *construction*. Autrement dit, les organisations de classe constituent en quelque sorte une « médiation » entre la classe « en soi » et la classe « pour soi », et donc entre les classes « objectives » et la formulation des points de vue de classe – ainsi que, comme nous le verrons plus loin, entre les classes ainsi constituées en tant que classes « subjectives » et l'État (voir *infra*, section 0.3.4.2.2).

0.3.3.3 Enjeux méthodologiques liés à la notion de « point de vue » de classe

Ces considérations épistémologiques et ontologiques quant aux notions de point de vue et de classe « en soi »/« pour soi » renvoient aussi, en ce qui concerne la thèse, à des enjeux méthodologiques importants[88]. En effet, comme cela a été précisé plus haut, le concept de point de vue est central à la démarche de recherche : il est proposé ici d'analyser l'État, l'État-providence et ses programmes sociaux, le système socio-sanitaire et les CLSC non seulement à partir du « point de vue » des groupes dominants (et plus précisément, dans la perspective de classe adoptée ici, de la classe capitaliste), mais aussi en portant une attention particulière au « point de vue » des groupes dominés (et plus particulièrement de la classe des travailleuses et des travailleurs), souvent

[88] Des précisions méthodologiques supplémentaires seront apportées plus loin (voir *infra*, sections 0.4.2 et 0.4.3).

négligé dans les approches de tendance critique. Cela signifie que ces institutions et leurs formes historiques particulières doivent être analysées *à la lumière* de ces points de vue : dans chaque cas, la distance qui sépare ces institutions et ces politiques du point de vue de la classe capitaliste d'une part, et du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs d'autre part doit être mesurée.

Sur le plan méthodologique, une telle démarche implique évidemment d'abord de préciser si ces points de vue de classe renvoient : 1) aux points de vue « objectifs » déduits théoriquement de la position sociale « objective » des classes dans les rapports de production (ou, autrement dit, à la conscience « adjugée » à laquelle réfère Lukács lorsqu'il parle de conscience de classe); ou 2) aux points de vue « subjectifs » tels qu'ils sont exprimés par les actrices et les acteurs historiques et observables empiriquement.

À cet égard, et contrairement à la position de Thompson, la perspective défendue ici n'oppose pas d'objection de principe à l'idée d'un point de vue ou d'intérêts « objectifs » pouvant être déduits de la situation matérielle des classes sociales. En fait, on pourrait même considérer que ces deux dimensions des points de vue de classe peuvent, au niveau méthodologique, intervenir de manière complémentaire. En effet, dans la mesure où, à l'instar de Denis, on adhère à l'idée que la matérialité des rapports sociaux entre capital et travail structurent – ou du moins balisent et influencent – le processus de formation des classes sociales, on peut penser que les points de vue de classe tels qu'ils peuvent être déduits théoriquement de ces rapports sociaux matériels donnent au moins certaines indications quant aux grandes tendances susceptibles de traverser les points de vue de classe exprimés empiriquement.

Ainsi, on peut s'attendre à ce que les points de vue des classes capitaliste et laborieuse – qui occupent, parce que leurs rapports sont des rapports d'exploitation, des positions fondamentalement antagoniques dans les rapports de production – tendent à s'opposer : « If material life is structured in fundamentally opposing ways for two different groups, one can expect that the vision of each will represent an inversion of the other »

(Hartsock, 2004, p. 37). Conséquemment, et dans la mesure où elles incarnent des points de vue qui sont eux-mêmes tendanciellement opposés, on peut aussi s'attendre à ce que les structures et les institutions qui émergent de ces rapports sociaux antagoniques tendent à prendre une forme *contradictoire*[89].

Il convient toutefois de souligner que ce sont les points de vue *tels qu'ils se sont exprimés historiquement* (et non tels qu'ils peuvent être déduits théoriquement) et *tels qu'ils sont parvenus, selon l'évolution du rapport de force entre les classes, à s'imposer* qui sont matérialisés dans ces structures et ces institutions. Par conséquent, si des références aux points de vue ou intérêts de classe « objectifs » peuvent intervenir dans la thèse (voir notamment *infra*, chapitre 1), la démarche de recherche s'est principalement appuyée sur les points de vue de classe effectivement portés par les actrices et acteurs historiques, points de vue qui sont, comme en convient Lukács lui-même, « le matériau, très important à vrai dire, des études historiques proprement dites. » (Lukács, 1960, p. 73)

En fait, puisque ces points de vue, même empiriques, ne sont pas donnés immédiatement, il serait plus exact de dire que la démarche a consisté à « reconstruire » empiriquement les points de vue des classes capitaliste et laborieuse – et plus précisément *les points de vue de classe en matière socio-sanitaire au Québec* – à partir des attitudes, prises de positions, revendications et visions du monde exprimées à ce sujet *par les organisations généralement considérées comme les plus représentatives de ces classes* dans la province[90].

---

[89] C'est aussi pour cette raison que l'analyse doit prendre au sérieux la possibilité que ces institutions, qui sont comprises, rappelons-le, comme la cristallisation momentanée de rapports sociaux historiques, incarnent non seulement les points de vue des groupes dominants, mais *aussi*, au moins en partie, les points de vue des groupes dominés. En effet, il apparaît ici clairement que ce n'est qu'en considérant pleinement les groupes dominés comme des acteurs sociaux qu'il devient possible de prendre toute la mesure du caractère contradictoire de la société et de ses institutions (ou du caractère antagonique des rapports sociaux qui les structurent).

[90] Pour des précisions supplémentaires sur les justifications et les limites de ce choix méthodologique, voir *infra*, sections 0.4.2 et 0.4.3.

Précisons enfin que dans l'analyse des points de vue de classe, un intérêt particulier est porté aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs pointant vers des *alternatives radicales* aux modèles prédominants dans le domaine socio-sanitaire, c'est-à-dire aux revendications ou modèles alternatifs qui impliquent une remise en question des fondements mêmes du système capitaliste (ce que des marxistes appellent, dans le langage de la méthode dialectique, le moment de la « négation »). Cette emphase se justifie non pas parce que de telles revendications seraient considérées comme plus « représentatives » du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs dans son ensemble, mais plutôt parce qu'elles sont les plus susceptibles de mettre en lumière les limites et les contradictions des formes sociales institutionnalisées. En effet, de la même manière que la perspective critique offre une position épistémologique privilégiée en favorisant une véritable problématisation du système capitaliste, les revendications qui permettent d'entrevoir des alternatives radicales aux formes dominantes d'organisation sociale contribuent à éclairer ces dernières sous un jour inédit, à problématiser certains de leurs aspects qui resteraient sinon extérieurs à l'analyse, non questionnés ou pris pour acquis.

La méthode utilisée par Navarro (1978) dans son analyse du système de santé britannique – et qui sera en partie reprise dans la méthodologie présentée dans les pages qui suivent – permet d'illustrer cela. En effet, il analyse les réformes successives du système de santé britannique non seulement à partir de leur capacité (ou plutôt de leur incapacité chronique) à réaliser leurs propres objectifs, mais également à la lumière des propositions de réformes les plus radicales mises de l'avant aux mêmes époques, et notamment celles défendues par la State Medical Service Association (devenue la Socialist Medical Association) « whose principles were supported by the majority of the labour movement at that time » (1978, p. 15). Alors que le système de santé britannique est généralement reconnu comme ayant historiquement été à l'avant-garde internationale des réformes sociales en matière de santé, une telle démarche lui permet de révéler non seulement le caractère limité, mais également les dimensions

conservatrices de ces réformes qui, mises en contraste avec les objectifs « progressistes » qu'elles affichent, permettent aussi d'expliquer, par leur caractère profondément contradictoire, leurs « échecs » répétés au regard de ces objectifs. Précisons que c'est dans cette même optique que le modèle des CLSC sera analysé à partir de celui développé par la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

* * *

Considérant le second objectif de la présente démarche de recherche, il convient maintenant de voir comment le cadre théorique adopté dans cette thèse se positionne dans les grands courants et débats qui traversent la théorie marxiste de l'État. À partir d'une présentation de ces courants et débats, mais aussi des principaux concepts et thèses de cette théorie, il sera possible d'approfondir certaines notions et concepts définis dans les pages qui précèdent.

Notamment, une attention particulière sera portée à expliciter, à partir des contributions faites par ces différents courants, ce que signifie de concevoir l'État – et, par extension, l'État-providence et le système socio-sanitaire – comme la cristallisation momentanée (historique) de rapports sociaux (de classe). En particulier, ces apports théoriques permettront de préciser plus concrètement par quelles « médiations » – ou par quels « mécanismes » – les rapports de classe en viennent à se « cristalliser » (ou à s'inscrire) au sein de l'État, de ses institutions (dont le système socio-sanitaire) et de ses politiques (dont les politiques de santé).

En donnant des indications sur les manières dont s'effectue le passage des rapports de classe à leur inscription dans les appareils étatiques et les décisions politiques (y compris dans le domaine socio-sanitaire), l'analyse de ces médiations (ou de ces mécanismes) contribuera du même coup à justifier en partie, sur le plan méthodologique, le passage d'une analyse « macro » de l'évolution du rapport de force

entre les classes à une analyse « micro » de l'évolution du système socio-sanitaire[91]. Elle permettra aussi de voir comment se manifestent concrètement les limites pesant sur la capacité de l'État démocratique dans la société capitaliste à mettre en œuvre des réformes sociales qui vont dans le sens des intérêts et revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs. Enfin, cette section sera également l'occasion de circonscrire le second objectif de la thèse en précisant les aspects de la théorie marxiste de l'État que l'analyse de l'histoire des CLSC vise à illustrer.

0.3.4 Théorie(s) marxiste(s) de l'État : principaux concepts, thèses, courants et débats

À ce point-ci de la présente démarche, il n'a été question que de *la* théorie marxiste de l'État comme d'une théorie partageant certaines thèses communes et spécifiques à l'approche marxiste. Autrement dit, cette théorie a été abordée jusqu'à maintenant principalement dans son opposition aux théories non marxistes de l'État – et notamment aux théories pluraliste et néo-institutionnaliste – et, de ce point de vue, elle apparaît en effet comme une théorie relativement unifiée[92]. Une présentation plus approfondie des principaux concepts et thèses marxistes relatifs à l'État conduit toutefois à mettre en relief les débats et les courants – voire même certaines oppositions méthodologiques et épistémologiques – qui traversent cette théorie. De ce point de vue, il peut devenir pertinent de parler non pas de *la* mais bien *des* théories marxistes de l'État[93]. Il s'agira donc ici de faire état de ces divergences, sans négliger toutefois les

---

[91] Nous verrons cependant que la définition dialectique du rapport de force retenue ici pose des défis méthodologiques particuliers à cet égard (voir *infra*, section 0.4.2), qu'il sera possible d'illustrer plus concrètement dans la conclusion générale de la thèse (voir *infra*, section 10.2.3.4).

[92] Cette perspective est aussi celle qui prédomine dans plusieurs des textes de l'ouvrage dirigé par Aronowitz et Bratsis (2002), y compris dans son introduction, signée par les directeurs de l'ouvrage. C'est aussi celle défendue par Miliband (1983) dans un article écrit en réaction à la place grandissante occupée par les thèses néo-institutionnaliste dans les débats théoriques sur l'État.

[93] Considérant pour sa part qu'elles sont divisées par des incompatibilités fondamentales, Barrow (1993; 2002) parle plutôt *des* théories marxistes, néo-marxistes et post-marxistes de l'État.

convergences importantes qui permettent de distinguer la (les) théorie(s) marxiste(s) des théories non marxistes de l'État[94].

Ainsi, comme cela a été mentionné précédemment, les diverses approches marxistes de l'État ont en commun de refuser de concevoir l'État d'une part comme autonome de la société capitaliste et des rapports de classe dans lesquels il est inscrit (théorie néo-institutionnaliste); et d'autre part comme un arbitre neutre situé au-dessus d'une pluralité d'intérêts sociaux se livrant une lutte politique « à armes à peu près égales » (Miliband, 1982, p. 165) (théorie pluraliste).

Parmi les principales thèses partagées par tous les courants traversant la théorie marxiste de l'État se trouve au contraire l'affirmation d'un fondement social (de classe) au pouvoir politique (étatique), celui-ci étant analysé dans les termes de la domination (plutôt que dans ceux du « conflit » ou de la « compétition » politiques) : « [marxist] state theory of all denominations begins with the very strategic focus of explaining the social foundations and dominating effects of political power. » (Aronowitz et Bratsis, 2002, empl. 60)[95] Plus précisément, c'est le caractère *capitaliste* de l'État qui est affirmé. Autrement dit, l'État est conçu comme agissant globalement (ou du moins comme tentant d'agir) dans les intérêts de la classe capitaliste et ses institutions et politiques comme étant pénétrées d'un « contenu de classe » (capitaliste) (Barrow, 1993, p. 146)

Miliband – dont le débat avec Poulantzas au tournant des années 1970 est pourtant considéré comme fondateur, au sein de la théorie marxiste de l'État, du débat structure/agence et des divisions méthodologiques qui l'accompagnent – souligne lui

---

[94] Afin d'alléger la présentation, nous parlerons désormais de *la* théorie marxiste de l'État et de ses divers courants.

[95] Selon Codato et Perissinotto, ceci est également le cœur de la conception de l'État qui se dégage des écrits de Marx et Engels : « This conception consists, in a nutshell, of the notion of the class character of the state. Marxist political theory therefore implies the categorical rejection of the vision in which the state is seen as an agent of 'society as a whole' and of 'national interests'. » (Codato et Perissinotto, 2002, empl. 927-929)

aussi dans un article plus tardif que malgré ces divisions, tous les courants marxistes s'entendent sur ce noyau fondamental (Miliband, 1983)

Néanmoins, si les divers courants de la théorie marxiste s'entendent pour attribuer un caractère de classe ou capitaliste à l'État, ils divergent lorsqu'il s'agit d'offrir une définition plus exhaustive de l'État et de qualifier avec plus de précision son caractère de classe ou capitaliste. Il en va de même en ce qui concerne les « mécanismes » concrets ou les « médiations » par lesquels les luttes de classe (ou les rapports de force entre les classes) et les intérêts de la classe capitaliste en viennent à « s'inscrire » ou à se « cristalliser » au cœur de l'État, de ses institutions et des politiques qu'il promulgue.

Barrow identifie cinq grandes approches marxistes (et post-marxistes) de l'État : 1) l'approche instrumentaliste; 2) l'approche structuraliste; 3) l'approche dérivationiste; 4) l'approche systémique (considérée comme post-marxiste par Barrow); 5) enfin, l'approche qu'il qualifie de réalisme organisationnel. La présente section ne vise évidemment pas à faire une présentation exhaustive de chacun de ses courants, ni à faire l'historique de leur apparition et de leurs débats. Comme cela a été mentionné précédemment, son objectif est plutôt de voir comment les apports de ces diverses approches sont susceptibles de préciser et d'approfondir certains aspects du cadre théorique présenté plus haut, notamment en ce qui concerne la définition de l'État comme cristallisation momentanée (historique) de rapports sociaux (luttes de classe).

Il s'agira donc de présenter les principaux concepts et thèses de ces courants en soulignant leurs points de tension et de convergence et en mettant particulièrement l'accent sur : 1) leur définition de l'État (ce qui suppose de préciser en quoi cet État peut être considéré comme capitaliste et dans quelle mesure il doit être conçu comme « autonome » face aux rapports de classe); 2) leurs contributions concernant les mécanismes ou les médiations par lesquels les rapports sociaux (les luttes de classes) se « cristallisent » au sein de l'État et de ses institutions (ce qui permettra également : a) d'aider à comprendre le passage de l'évolution « macro » du rapport de force entre

les classes à l'évolution « micro » du système socio-sanitaire; b) d'approfondir la réflexion théorique sur les limites qui pèsent sur la capacité de l'État à entreprendre et à appliquer avec succès des réformes sociales allant dans le sens des revendications et intérêts des travailleuses et travailleurs).

Mentionnons enfin qu'à cause de leur rôle fondateur dans les débats qui marqueront par la suite l'évolution de la théorie marxiste de l'État, une attention particulière sera portée aux deux premiers courants, et en particulier aux positions de Miliband et Poulantzas, mais les contributions particulières des approches dérivationistes et systémiques seront également prises en compte. Précisons cependant que la discussion exclut le courant du réalisme organisationnel parce que malgré ses influences marxistes et sa perspective critique (qui justifient l'appellation de branche « post-marxiste » du néo-institutionnalisme), ce courant se pose davantage en adversaire théorique du marxisme qu'en variante de la théorie marxiste de l'État. En témoigne le front commun que lui opposeront des marxistes de divers courants dès la publication de ses premiers ouvrages majeurs[96].

[96] L'article de Miliband publié en réaction à la publication du premier ouvrage de Skocpol est un bon exemple : il y montre comment malgré leurs divergences, les différentes approches marxistes de l'État partagent des thèses communes fondamentales qui sont contestées par le réalisme organisationnel (Miliband, 1983). L'ouvrage de Aronowitz et Bratsis (2002) va aussi dans le même sens. Même Barrow, qui insiste pourtant sur ce qu'il considère comme des incompatibilités épistémologiques fondamentales entre l'instrumentalisme et le structuralisme, remarque que par contraste avec les analyses néo-institutionnalistes de l'État-providence, celles produites par ces deux courants se rejoignent fortement (1993, p. 136-145).

0.3.4.1 Définitions marxistes de l'État capitaliste

0.3.4.1.1 Courant instrumentaliste : l'État comme instrument de la classe dominante

Selon Barrow, la définition de l'État proposée par Miliband montre que celui-ci, bien qu'il soit un des principaux représentants du courant instrumentaliste au sein de la théorie marxiste de l'État, ne réduit par l'État « to a mere 'tool in the hands of the ruling class.' » (Barrow, 2002, empl. 437-438)[97]. En effet, Miliband ne conçoit pas l'État comme un « objet » qu'il suffirait simplement de « saisir » pour être en mesure d'exercer son pouvoir. Pour Miliband, une telle conception revient en fait à confondre l'État avec le *gouvernement*, ce qui est une grave erreur non seulement sur le plan analytique, mais aussi sur le plan politique : « si l'on pense que le gouvernement est en fait l'État, il est possible aussi de croire que l'accession au pouvoir gouvernemental est synonyme d'acquisition du pouvoir d'État. » (Miliband, 1982, p. 62)

Miliband considère plutôt l'État comme un « système » (le système d'État), constitué d'un ensemble d'institutions (qui incluent bien sûr le gouvernement, mais aussi l'appareil administratif, le système législatif, le système judiciaire, les appareils de répression (police, armée) et les gouvernements régionaux) et de leurs rapports internes (1982, p. 67). De plus : « C'est au niveau de ces institutions que se trouve le 'pouvoir d'État', et c'est à travers elles que ce pouvoir est exercé sous différences formes par ceux qui dirigent chacune de ces institutions » (Miliband, 1982, p. 67) et que Miliband appelle « l'élite d'État » (chefs de gouvernement et ministres, hauts fonctionnaires, officiers et officières supérieures, etc.).

---

[97] D'ailleurs, Miliband lui-même rejette clairement « the crude view of the state as a mere 'instrument' of the ruling class obediently acting at its dictation. » (Miliband, 1983, p. 58)

Cette définition nuancée de l'État comme système d'institutions n'empêche pas Miliband de défendre la thèse marxiste « classique » qui conçoit l'État « as the 'instrument' of a ruling class so designated by virtue of its ownership or control – or both – of the main means of economic activity » (Miliband, 1983, p. 58). Pour lui, c'est d'ailleurs précisément en cela que l'État est un État capitaliste : la classe dominante ne dispose pas seulement « d'une fraction *importante* du pouvoir et de l'influence politique »; elle dispose d'une telle influence « à un degré *décisif* » (Miliband, 1982, p. 61). Cependant, Miliband considère que l'hégémonie de la classe dominante sur le « système d'État » n'est jamais totale et que le pouvoir d'État est l'objet d'une lutte (de classe) perpétuelle et ouverte (ce qui signifie aussi que la classe capitaliste peut perdre certaines « batailles » et qu'il est possible pour les classes dominées de faire des gains) (Barrow, 2002, empl. 486-489).

Pour Miliband, ceci est également lié à l'existence d'une véritable compétition politique au sein des sociétés démocratiques, même si cette compétition est par ailleurs « imparfaite » puisqu'elle se joue dans un contexte (capitaliste) qui favorise de manière décisive la classe dominante[98] :

> Soulignons une fois de plus qu'il ne s'agit pas ici de dire que ce déséquilibre permet automatiquement aux milieux d'affaires de parvenir toujours à leurs fins et d'imposer nécessairement leur volonté à l'État pour chacune de leurs exigences. Il serait faux également de penser que les autres groupes organisés n'ont pas souvent réussi à mener des campagnes couronnées de succès, parfois même en affrontant une forte opposition patronale. Si la prédominance du capital avait été absolue, il serait absurde d'évoquer une compétition. (Miliband, 1982, p. 185)

Son approche « instrumentaliste » du caractère capitaliste de l'État ne signifie donc pas que Miliband n'attribue aucune autonomie à l'État face aux exigences ou intérêts de la classe dominante (capitaliste). Au contraire, il soutient qu'une « distinction ha[s] to be

[98] Nous reviendrons plus loin sur les mécanismes qui sous-tendent le caractère « imparfait » de cette concurrence (voir *infra*, section 0.3.4.2).

made between the state autonomously acting *on behalf* of the ruling class, and its acting *at the behest* of that class, the latter notion being [...] 'a vulgar deformation of the thought of Marx and Engels'. » (Miliband, 1983, p. 58) Il importe de souligner que pour Miliband, le degré d'autonomie de l'État face aux intérêts les plus immédiats de la classe capitaliste dépend avant tout de *l'intensité des luttes de classe* (ou, autrement dit, de l'état du *rapport de force entre les classes*) et, plus précisément, de la capacité des classes dominées à contester l'hégémonie de la classe capitaliste :

> Where a dominant class is truly hegemonic in economic, social, political and cultural terms, and therefore free from any major and effective challenge from below, the chances are that the state itself will also be subject to its hegemony, and that it will be greatly constrained by the various forms of class power which the dominant class has at its disposal. Where, on the other hand, the hegemony of a dominant class is persistently and strongly challenged, the autonomy of the state is likely to be substantial, to the point where, in conditions of intense class struggle and political instability, it may assume 'Bonapartist' and authoritarian forms, and emancipate itself from constraining constitutional checks and controls. (Miliband, 1983, p. 61)

Néanmoins, si une « autonomie relative » de l'État est possible[99], et si elle peut devenir considérable dans un contexte de menace sérieuse sur l'hégémonie socio-politique de la classe capitaliste, elle reste *limitée* par certaines *contraintes structurelles*. Levine résume ainsi la position de Miliband sur cette question : « Miliband attempted to show that the state is a relatively independent institution with respect to the dominant class, while at the same time being structurally constrained to work in the interest of capital. » (Levine, 2002, empl. 2463-2464)

Nous verrons plus en détail dans la prochaine section quelles sont ces contraintes structurelles ou, autrement dit, par quels « mécanismes » l'État devient, dans la perspective instrumentaliste, un « outil » aux mains de la classe dominante (capitaliste). Toutefois, on peut déjà constater ici que la distinction n'est pas si étanche

[99] Miliband reconnaît ici de bonne grâce la paternité de ce concept à Poulantzas.

entre ce courant, qui insiste sur le rôle des acteurs et actrices socio-politiques, de leurs idéologies et de leurs motivations, et le courant structuraliste, qui insiste plutôt sur les contraintes structurelles ou systémiques qui s'imposent indépendamment de la conscience ou de la volonté des actrices et acteurs. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on considère l'évolution de la version marxiste du structuralisme, qui s'est progressivement éloigné de ses formulations les plus abstraites (et les plus fonctionnalistes) pour développer une conception plus relationnelle de l'État et pour introduire davantage de contingence « [in] the ways by which the form of the state participates in the production of class domination » (Bratsis, 2002, empl. 3567-3568).

0.3.4.1.2 Courant structuraliste : l'État comme structure fonctionnelle du mode de production capitaliste; l'État comme relation sociale

Si cette évolution est radicalisée par Jessop (Bratsis, 2002, empl. 3567-3568), nous pourrons constater qu'elle s'observe déjà chez Poulantzas lui-même, généralement considéré comme le fondateur de ce courant[100]. Ainsi, dans ses premiers écrits, il définit l'État à partir de ses *fonctions* dans le système capitaliste et comme l'une des trois *structures* ou « régions » de ce mode de production (Barrow, 1993, p. 51; Bratsis, 2002, empl. 3471). En effet, « every mode of production can be analyzed in terms of the functional interrelations between its economic, political, and ideological structures », ces structures étant elles-mêmes comprises comme « one or more institutions that fulfill specific economic, political or ideological functions necessary to sustain a particular mode of production. » (Barrow, 1993, p. 51)[101] C'est donc à la structure

[100] Il s'inspire cependant des travaux d'Althusser, et Barrow souligne les influences sur sa pensée des versions non marxistes de l'analyse systémique et du structuro-fonctionnalisme états-uniens (2002, empl. 326 et suiv.).

[101] Suivant l'interprétation de Poulantzas faite par Gold, Lo et Olin Wright, Barrow précise plus loin que ces structures ne se réduisent pas aux institutions concrètes qui les constituent; elles correspondent plutôt « to *the systematic functional interrelationships among these institutions*. » (Gold, Lo et Olin Wright, cité dans Barrow, 1993, p. 56)

politique que correspond « the institutionalized power of the state » (Bratsis, 1993, p. 51)

Quant aux fonctions attribuées à l'État, celles-ci doivent être comprises comme une réponse nécessaire aux contradictions inhérentes au système capitaliste, contradictions qui génèrent des tendances aux crises économiques et à la remise en question périodique de la domination du capital (Barrow, 1993, p. 52). Sans entrer ici dans le détail de ces fonctions, précisons donc que de manière générale :

> in a capitalist social formation the state functions as '*the regulating factor of its global equilibrium as a system.*' Poulantzas suggests that the state fulfills a general maintenance function by '*constituting the factor of cohesion between the levels of a social formation.*' (Barrow, 1993, p. 54)

Autrement dit : « The structuralist thesis, as summarized by Ernest Mandel, is that the function of the state is to protect and reproduce the social structure of capitalist societies (i.e., the fundamental relations of production) insofar as this is not achieved by the automatic processes of the economy. » (Barrow, 1993, p. 51) Dans cette perspective, c'est précisément dans la mesure où l'État rempli une telle fonction qu'il doit être considéré comme un État capitaliste : « state power is capitalist to the extent that it creates, maintains, or restores the conditions required for capital accumulation in a given situation and it is non-capitalist to the extent these conditions are not realised. » (Jessop, cité dans Barrow, 2002, empl. 582-584) Comme le souligne Barrow, ceci implique également que ce sont les *effets objectifs* (fonctionnels) des politiques étatiques sur l'accumulation du capital et les rapports de classes qui indiquent leur caractère capitaliste ou non et ce, indépendamment des intentions ou des motivations des actrices et des acteurs qui ont présidé à leur élaboration (Barrow, 2002, empl. 582-584; 1993, p. 67-68).

Les tendances les plus formalistes et fonctionnalistes typiques du structuralisme s'atténueront toutefois chez Poulantzas, qui remplacera éventuellement cette première

définition par une définition résolument *relationnelle* de l'État, désormais lui-même conçu comme « *a relationship of forces, or more precisely the material condensation of such a relationship among classes and class fractions, such as this is expressed within the State in a necessarily specific form.* » (Poulantzas, cité dans Bratsis, 2002, empl. 3546-3547) Plus concrètement, « Poulantzas's definition of state and class leads to the conclusion that what he terms the 'institutional materiality' of the state is a historical product of a multiplicity of class practices and struggles. » (Bratsis, 2002, empl. 3551-3552)

Cette évolution dans la conception structuraliste de l'État ne se traduit pas nécessairement par une insistance moindre sur les fonctions jouées par l'État dans la reproduction du système capitaliste et dans la préservation des intérêts de la classe capitaliste; elle signifie cependant une atténuation du caractère *fonctionnaliste* de cette approche, au sens où la capacité de l'État à remplir ces fonctions – et donc son caractère capitaliste – est désormais appréhendée, puisqu'elle est comprise comme le résultat historique de luttes de classe, comme étant davantage contingente (et donc moins « automatique » ou inévitable) :

> State policies always reflect, in Poulantzas's words, 'strategic compromises'. Although state policies attempt to maintain class rule by providing the conditions for profitable accumulation, they are formulated and/or implemented not according to any preestablished functional harmony, but in and through the struggle of antagonistic classes. (Levine, 2002, empl. 2526-2529)

Par ailleurs, Levine précise que cette conception de l'État en tant que relation sociale implique que celui-ci « cannot be understood separate from (or independent of) both the process of accumulation (with its attendant crises and contradictions) and the relations of class forces (i.e., the balance of class forces – or, put another way, the class struggle). » (Levine, 2002, empl. 2518-2522) Ceci pose la question du degré d'autonomie de l'État face aux rapports sociaux capitalistes. À ce sujet, il convient d'abord de préciser à la suite de Bratsis que Poulantzas « never implied any autonomy

of the state from society (he even rejects the state-society dichotomy). » (Bratsis, 2002, empl. 3539-3540)

Poulantzas considère cependant que l'État jouit d'une « autonomie relative » *face à la classe dominante*. Il s'agit d'ailleurs là, selon lui, d'un des traits qui distinguent l'État capitaliste des formes de domination politique pré-capitalistes (dans lesquels les classes dominantes exercent directement le pouvoir) (Levine, 2002, empl. 2471). Introduite par Poulantzas, la notion d'autonomie relative de l'État ne réfère toutefois pas à une autonomie face à la société capitaliste. Elle réfère plutôt à son autonomie vis-à-vis *certains intérêts de classe*, et plus spécifiquement vis-à-vis les intérêts à court terme (ou sectoriels) de la classe capitaliste (ou de certaines fractions de cette classe), autonomie relative qui est essentielle pour réaliser les intérêts généraux et à long terme de la classe capitaliste dans son ensemble (Bratsis, 2002, empl. 3539).

Dans ses premiers écrits, Poulantzas conçoit cette autonomie relative de l'État comme le produit d'une « causalité structurelle », c'est-à-dire comme le résultat fonctionnel nécessaire des rapports multiples et complexes de l'État (ou de la structure politique) avec la totalité sociale (Bratsis, 2002, empl. 3543-3545). La conception relationnelle de l'État qu'il développe par la suite l'amène cependant à rejeter cette explication pour concevoir plus clairement l'autonomie relative de l'État comme le *résultat des luttes de classe*, qui se jouent *au sein même* des institutions étatiques.

Il est intéressant de noter qu'à l'instar de Miliband, Poulantzas considère que dans cette lutte perpétuelle, aucune classe ou fraction de classe ne parvient à contrôler totalement les appareils de l'État, et que c'est ce qui permet à celui-ci une certaine autonomie face aux intérêts immédiats ou particuliers des diverses fractions de classe (Bratsis, 2002, empl. 3552-3555). Pour Poulantzas, ces luttes au sein de l'État s'enracinent en fait dans les contradictions de classes inhérentes au capitalisme, contradictions qui s'inscrivent dans les appareils de l'État et lui imposent des *contraintes structurelles* limitant son

action et le conduisant à réaliser les intérêts fondamentaux du capital (Levine, 2002, empl. 2476-2478).[102]

De plus, comme chez Miliband, l'étendue de l'autonomie de l'État dépend de ces contraintes structurelles mais aussi fondamentalement de l'état du *rapport de force entre les classes* : « The historically contingent balance of forces between the classes represented within the state institutions (what Poulantzas terms the 'power bloc') will dictate the particular degree and content of this relative autonomy. » (Bratsis, 2002, empl. 3558-3559)

0.3.4.1.3 Approches dérivationiste et systémique

À plusieurs égards, les approches dérivationiste et systémique rejoignent le courant structuraliste, et plus précisément la version précoce de ce courant. Ainsi, le parallélisme entre la première définition de l'État proposée par Poulantzas et celle développée par le courant systémique est frappant. Ici, le capitalisme est conçu comme un système constitué de trois sous-systèmes – économique, politique et idéologique (ou de socialisation) – interreliés mais relativement autonomes les uns des autres. L'État correspond évidemment au sous-système politique et, sous le capitalisme avancé, il prend la forme de l'État-providence (Barrow, 1993, p. 97).

De plus, tant le dérivationisme que le systémisme reprennent l'essentiel de la thèse fondamentale du structuralisme et conçoivent l'État comme une réponse fonctionnelle nécessaire aux contradictions inhérentes au capitalisme :

> The primary methodological axiom of the derivationist approach is that the analysis of the relation between state and society must be deduced from

[102] Nous verrons dans la prochaine section par quels « mécanismes » les rapports de classe en viennent à « s'inscrire » au sein même des appareils de l'État.

> contradictions inherent in the capitalist mode of production. [...] Therefore, derivationists posit the state as a logically necessary instance of capitalist society that must perform for the capitalist class those tasks which it inherently cannot perform for itself. (Barrow, 1993, p. 78)[103].

Une partie importante de la méthodologie dérivationiste consiste donc à « dériver » ou déduire logiquement les fonctions de l'État des besoins et contradictions du capitalisme (Barrow, 1993, p. 79-80; 87)[104]. Le même genre de méthode logico-déductive est utilisée par l'approche systémique, elle aussi fortement marquée par les tendances fonctionnalistes à l'œuvre dans le structuralisme (Barrow, 1993, p. 97). Pour ces deux approches comme pour le structuralisme, c'est donc la capacité de l'État à remplir ces fonctions – appréhendée notamment par le biais des *effets objectifs* des politiques étatiques sur l'accumulation du capital et les rapports de classe – qui détermine le caractère capitaliste (ou non) de l'État, de ses institutions et de ses politiques (Barrow, 1993, p. 79; 99).

Comme chez Poulantzas, cette conception fonctionnaliste de l'État n'empêche pas les approches dérivationiste et systémique d'attribuer une certaine autonomie à l'État. En fait, cette autonomie est elle-même conçue (comme dans les premiers écrits de Poulantzas) comme la réponse à une exigence fonctionnelle du système capitaliste : « a key assumption of both structuralist and derivationist theory is that, to realize the general interests of the capitalist class, the state must be relatively autonomous of particular groups of capitalists. » (Barrow, 1993, p. 90) Néanmoins, le dérivationisme et le systémisme connaissent comme le structuralisme une certaine évolution vers une

---

[103] Pour la version systémique de cette thèse, voir Barrow (1993, p. 97-99).

[104] Le dérivationisme se distingue toutefois par une volonté de réconcilier l'approche hypothético-déductive typique du structuralisme et du systémisme avec celle plus empirique/historique du courant instrumentaliste : « derivationists were convinced that the dialectic between these two explanatory dimensions was mainly a question of how to relate the actual process of empirical research to a mode of logical presentation that was 'analytically determined'. » (Barrow, 1993, p. 78)

atténuation de leurs tendances fonctionnalistes et vers une prise en compte plus sérieuse du rôle des luttes de classe dans la forme prise par l'État et le contenu de ses politiques.

Ainsi, dans un ouvrage plus tardif (et plus empirico-historique) inspiré de l'approche dérivationiste, « the authors found that state-capitalist policies are adopted and implemented 'not as the result of the abstract logic of a given social structure… but only under the pressure of political movements and interests » (Barrow, 1993, p. 89). Dans cette optique, l'identification des besoins du capitalisme et des fonctions de l'État qui en découlent logiquement n'est pas suffisante pour expliquer l'origine et le contenu spécifique des diverses politiques étatiques : l'analyse empirique des luttes de classes ayant présidé à leur émergence est essentielle. De même, Offe en arrive éventuellement à considérer que les exigences et contradictions du système capitaliste auxquelles l'État doit répondre s'expriment avant tout à travers les luttes de classes (Barrow, 1993, p. 116). Ainsi, la fonction de légitimation joué par l'État ne devient une « exigence » (contradictoire) du système capitaliste que dans la mesure où la classe des travailleuses et des travailleurs a la force organisationnelle pour revendiquer de telles politiques (Barrow, 1993, p. 119).

Enfin, soulignons ici que bien que les approches dérivationiste et systémique convergent de manière marquée avec le courant structuraliste, elles s'en distinguent cependant sur au moins un point important – qui constitue par ailleurs un élément de convergence entre les marxistes instrumentalistes et structuralistes. En effet, malgré leurs oppositions, « both sides agree that the state is able to implement the long-term interests of capitalists; that is, state policies succeed in reproducing the capitalist relations of production which allow capitalists to exploit working class. » (Barrow, 1993, p. 77) Dans le contexte de crises économiques et politiques – et de crise de l'État-providence – qui marquent les années 1970-1980, c'est cette capacité de l'État qui est remise en question – à des degrés divers – par les approches dérivationiste et systémique. Autrement dit, si l'État est considéré comme capitaliste dans la mesure où

il remplit les fonctions qu'exige le système capitaliste, il ne va pas de soi qu'il parvient effectivement à jouer ce rôle[105].

Voyons maintenant les contributions de ces divers courants quant aux « médiations » ou « mécanismes » par lesquels les luttes de classe et les intérêts de la classe capitaliste en viennent à « s'inscrire » ou à se « cristalliser » au sein de l'État, de ses institutions et de ses politiques.

0.3.4.2 Mécanismes de la « cristallisation » des luttes de classe/des intérêts capitalistes au sein de l'État

0.3.4.2.1 Le pouvoir économique de la classe capitaliste comme « mécanisme de sélectivité » automatique (et principal)

Malgré leur inscription différenciée sur l'axe du débat structure/agence, il est une contrainte structurelle fondamentale que tous les courants marxistes, y compris l'instrumentalisme, s'entendent pour considérer comme un des principaux – sinon *le* principal – mécanismes par lequel l'État se trouve forcé de servir les intérêts fondamentaux de la classe capitaliste. Bien que cette contrainte soit conceptualisée sous différentes formes par les divers courants, elle renvoie dans tous les cas au *pouvoir économique* de la classe capitaliste, pouvoir qui prend racine dans la propriété et/ou le contrôle, par cette classe, des moyens de financement, de production et de distribution économiques.

---

[105] En fait, l'approche systémique considère pour sa part que « the state systematically fails to realize the general interests of the capitalist class. » (Barrow, 1993, p. 147) Sans aller aussi loin que le courant systémique, l'approche dérivationiste considère également, surtout dans ses travaux plus tardifs (et plus empiriques), que l'État ne parvient pas toujours à réaliser les intérêts fondamentaux du capital (Barrow, 1993, p. 90-93).

Même s'il est associé au courant instrumentaliste, cette contrainte structurelle est une donnée fondamentale pour Miliband, qui y voit la base matérielle permettant à la classe capitaliste de faire de l'État l'instrument de sa domination sociale : « la 'classe dirigeante' de la société capitaliste est celle qui possède et contrôle les moyens de production et qui est capable, *en vertu du pouvoir économique dont elle se trouve ainsi investie* d'utiliser l'État comme un instrument de domination de la société. » (Miliband, 1982, p. 33)[106] Comme cela a été mentionné précédemment, cette contrainte structurelle ne signifie pas que l'État répond systématiquement à chacune des exigences de la classe capitaliste : Miliband reprend en effet à son compte le concept d'autonomie relative de l'État développé par Poulantzas. De même, il reconnait que la classe capitaliste perd parfois certaines batailles politiques – et que la classe des travailleuses et des travailleurs peut faire de véritables gains.

Le pouvoir économique de la classe capitaliste signifie cependant que celle-ci jouit d'un *avantage décisif* dans les luttes politiques visant à influencer les décisions étatiques – c'est d'ailleurs dans cette optique que Miliband, qui reconnaît le caractère compétitif des sociétés démocratiques, parle néanmoins d'une « concurrence imparfaite » (1982, chapitre 5). Ainsi, pour cet auteur, la possession et le contrôle privé des grands leviers économiques a pour effet de forcer la prise en compte des intérêts de la classe capitaliste et d'imposer des *limites structurelles* aux possibilités d'action de l'État, limites qui sont définies « avant tout par ce que le monde des affaires juge acceptable. » (Miliband, 1982, p. 172)[107].

---

[106] C'est moi qui souligne.

[107] Ces limites, bien qu'elles prennent racine dans le pouvoir économique conféré structurellement à la classe dominante par le système capitaliste, contiennent donc une dimension « subjective », mais aussi *historique*. Autrement dit, ces contraintes et ces limites ne sont pas absolues, naturelles ou éternelles mais sont plutôt propres à un système social particulier et situé historiquement : le système capitaliste. Il en découle que seule la remise en question sérieuse de ce pouvoir économique est susceptible de véritablement permettre la mise en œuvre de réformes hostiles à ce que la classe capitaliste considère (selon les moments historiques et les contextes socio-politiques) comme ses intérêts fondamentaux (Miliband, 1982, p. 168;172).

Par ailleurs, Miliband il insiste sur le fait que ces limites structurelles s'imposent *à l'action de tous les gouvernements, y compris les plus réformistes* :

> l'entreprise privée jouit [...] d'une supériorité [...] qui se manifeste par les pressions incomparablement plus fortes que celles que peuvent exercer le travail ou tout autre groupe social, et qu'elle met en œuvre pour atteindre ses propres objectifs. [...] Il s'agit de la pression omniprésente et permanente qui s'exerce sur les gouvernements et sur l'État et qui découle du contrôle privé de ressources concentrées aux mains de l'industrie, du commerce et des finances. L'existence de ce type essentiel de pouvoir économique indépendant est un fait que nul gouvernement – quelles que soient ses tendances – ne peut négliger pour la détermination de sa politique, non seulement en matière économique, mais dans la plupart des autres domaines. (Miliband, 1982, p. 166)

Plus concrètement, le pouvoir économique de la classe capitaliste, son avantage systémique sur la classe des travailleuses et des travailleurs et l'effet contraignant de ce pouvoir sur l'État dans la société capitaliste se manifeste

> dans la formule redoutée de 'perte de confiance'. Le fait que *tous* les gouvernements – et ceux de tendance réformatrice pas moins que les autres – se soient toujours préoccupés de gagner et de conserver la 'confiance' des milieux d'affaires est un signe implicite du pouvoir de l'entreprise privée sur l'État. Il n'existe certainement pas de groupe d'intérêts dont la 'confiance' soit aussi précieuse, et la 'méfiance' aussi redoutée. (Miliband, 1982, p. 169)

De plus, il est intéressant de souligner que son pouvoir économique confère à la classe capitaliste la capacité d'influencer de manière décisive les décisions étatiques « sans [même] avoir besoin pour cela d'organisations, de campagnes ou d'intrigues » (Miliband, 1982, p. 166). Autrement dit, ce « mécanisme » permettant à la classe capitaliste d'imposer la prise en compte de ses intérêts par l'État s'impose en quelque sorte « automatiquement » et indépendamment des orientations idéologiques des gouvernements[108].

---

[108] Miliband semble toutefois attribuer un statut spécial à un éventuel gouvernement qui serait résolu à « *agir en dehors des structures du système capitaliste.* » (Miliband, 1982, p. 168) On peut penser que si un tel gouvernement était lui aussi confronté au pouvoir économique de la classe capitaliste, ce pouvoir

On voit donc ici que sur la conceptualisation de ce mécanisme crucial, il existe une certaine convergence entre Miliband et les courants structuraliste et systémique[109]. Évidemment, son caractère « automatique » se trouve accentué dans ces courants, et notamment dans le courant structuraliste qui rejette avec vigueur l'importance attribuée par les instrumentalistes à la « colonisation » des appareils de l'État par la classe capitaliste et à la proximité idéologique de cette dernière avec les actrices et les acteurs étatiques[110]. Dans cette optique, il devient essentiel « to specify a structural mechanism that requires the state to function automatically as a capitalist state even though capitalists do not directly hold most, or sometimes any, governmental offices. » (Barrow, 1993, p. 58)

Les premières formulations de tels mécanismes au sein du structuralisme ne viendront pas de Poulantzas mais de Bridges (citée dans Barrow, 1993, p. 58-59). Celle-ci voit deux sources de dépendance structurelle de l'État à l'égard de la classe capitaliste, qui sont toutes deux fondées dans le fait que « in a capitalist economy the ownership of productive assets is largely private », ce qui a pour conséquence directe que « actual decisions about investment, job creation, and wages (i.e. economic growth) are made by private capitalists. » (Barrow, 1993, p. 59)[111] Or, « the state's own fiscal functioning is immediately dependent on the economy » (Barrow, 1993, p. 58), c'est-à-dire qu'il

---

– qui s'incarne normalement sous la forme de contraintes qui apparaissent comme inévitables – serait contesté et deviendrait l'enjeu d'une lutte politique, ouvrant la possibilité de repousser ces limites : « Étant donné la puissance économique dont dispose la 'communauté patronale' et l'importance décisive de ses actes (ou de ses refus d'agir) pour les aspects majeurs de sa politique économique, tout gouvernement cherchant sérieusement à faire aboutir des projets de réformes profondes doit tenter soit de s'approprier cette puissance, soit se résigner à voir sa marge de manœuvre en matière de transformations radicales sévèrement limitée par les exigences de la 'confiance' patronale. » (Miliband, 1982, p. 172)

[109] Malgré sa tendance à négliger cette dimension plus « structuraliste » de l'analyse de Miliband, Barrow voit d'ailleurs chez lui une formulation précoce du « principe de dépendance » élaboré par Offe et éventuellement repris par Poulantzas (et ensuite par Jessop) (Barrow, 2002, empl. 480-484). Nous reviendrons plus loin sur ce principe.

[110] Nous reviendrons plus loin sur ces autres mécanismes qui, dans l'optique du courant instrumentaliste, permettent à la classe capitaliste d'exercer une influence décisive sur les décisions étatiques.

[111] Il semble qu'en cela, cette auteure anticipe elle aussi sur le principe de dépendance formulé par Offe l'année suivante.

dépend de manière vitale de la performance globale de l'économie ainsi que de ses possibilités d'emprunt sur les marchés financiers internationaux. De plus, malgré le fait qu'il a très peu de contrôle sur les grandes décisions qui déterminent cette performance économique, « the state's legitimacy is dependent on the economy » parce que « [c]itizens generally view the state's personnel and policies as being responsible for their economic prosperity or lack thereof. » (Barrow, 1993, p. 59)

De ces deux mécanismes de dépendance structurelle, il découle que « the state necessarily serves the interests of the capitalist class » (Barrow, 1993, p. 58-59). Comme chez Miliband, ceci s'opérationnalise concrètement par le fait que la dépendance de l'État à l'égard de l'économie lui impose de maintenir

> enough 'business confidence' to sustain investment and economic growth [...]. Where state policies undermine business confidence, private business people will either refuse to invest or, more likely, redeploy their capital towards economies in which they have political as well as economic confidence. (Barrow, 1993, p. 59-60).

Toujours à l'instar de Miliband, cette contrainte structurelle – qui prend notamment la forme d'une menace constante (quoique le plus souvent latente) d'une fuite des capitaux ou d'une grève des investissements – s'impose ici aussi « automatiquement », indépendamment des orientations idéologiques des gouvernements et sans même qu'il soit nécessaire pour les capitalistes individuels de s'organiser collectivement pour faire des pressions politiques sur l'État :

> In this manner, the marketplace will automatically trigger punishment for unfavorable state policies in the form of reduced investment, unemployment, declining public revenues, and lower standards of living for everyone. [...] Most important, these punishment will be inflicted spontaneously and without any prior coordination among capitalists, simply because individual managers and

> owners will decide that it is no longer prudent or profitable to invest their assets in an unfavorable business climate. (Barrow, 1993, p. 60)[112]

Ce mécanisme impose donc des limites structurelles aux possibilités d'action de l'État, qui est contraint, de par le fonctionnement même du système capitaliste, d'agir dans l'intérêt de la classe capitaliste. Alors que chez Miliband ces limites sont définies en partie subjectivement par ce que la classe capitaliste considère comme acceptable, elles sont définies ici objectivement par les exigences fonctionnelles du système capitaliste : « The structural limitations of the state are quite clearly marked by its inability to supersede the functional constraints of the capitalist system. » (Barrow, 1993, p. 68)

La propriété et le contrôle privés des moyens de financement, de production et de distribution économique est aussi au fondement des « mécanismes de sélectivité structurelle » (Barrow, 1993, p. 99-102; Bratsis, 2002, empl. 3555) qui, dans l'approche systémique, contraignent l'État à répondre aux exigences fonctionnelles du capitalisme et à servir les intérêts de la classe capitaliste. Ces mécanismes agissent en quelque sorte comme des « filtres » systémiques (automatiques) qui favorisent, défavorisent ou empêchent carrément l'élaboration et la mise en œuvre des diverses politiques étatiques. Offe présente ces mécanismes comme étant gouvernés par quatre grands principes étroitement liés entre eux (mais en contradiction les uns avec les autres[113]).

Le premier principe est fondamental au sens où il constitue une limite structurelle qui définit le caractère capitaliste ou non de l'État : « To adopt social policies that exceed this 'systemic boundary' would entail a type of state that by definition is

---

[112] Encore une fois, on peut néanmoins envisager que cette contrainte structurelle soit contestée et deviennent l'enjeu d'une lutte politique : selon Bridges, il est « impossible to conceive of a state functioning against the interests of the bourgeoisie… short of removing the basis of their power, that is, control of the means of production. » (citée dans Barrow, 1993, p. 60)

[113] Rappelons en effet que dans l'approche systémique, l'État est tendanciellement *incapable* de répondre aux exigences du capitalisme et de réaliser les intérêts de la classe capitaliste. C'est notamment parce que ces principes imposent en fait des exigences et des contraintes contradictoires : se conformer à l'un de ces principes implique généralement pour l'État d'en violer un ou plusieurs autres.

noncapitalist. » (Barrow, 1993, p. 100) Il s'agit du principe d'exclusion, qui concerne la séparation, particulière aux sociétés capitalistes, entre la classe possédante et l'autorité politique. Ceci implique, comme nous l'avons vu, que cette classe n'a plus le contrôle direct des moyens de violence légitime, mais aussi, inversement, que « the state has no authority *to order production* or *to control* it » et donc qu'il ne peut pas « command economic performance » (Offe, cité dans Barrow, 1993, p. 100). Ce principe, qui « functions as a 'selective mechanism' at the structural level to screen out social policies that are incompatible with the private ownership of productive assets » (Barrow, 1993, p. 100), est aussi étroitement lié au principe de dépendance.

En effet, c'est celui-ci qui permet de comprendre comment l'État est amené à ne pas transgresser la limite fondamentale inhérente au principe d'exclusion. Comme cela a été mentionné, le principe de dépendance est aussi présent chez Miliband et au sein du courant structuraliste. Il réfère au fait que « the decision-making power and policy capabilities of the state are always dependent upon the success and continuity of the accumulation process. » (Barrow, 1993, p. 101) Pour Offe, il s'agit là également d'un autre mécanisme de sélection structurelle par lequel les politiques étatiques sont filtrées. En effet, celles-ci ne peuvent prendre une forme susceptible de nuire à l'accumulation du capital puisque « to violate the logic of accumulation would simultaneously weaken or undermine all state capacities. » (Barrow, 1993, p. 101)

Mais plus encore, le principe de dépendance explique pourquoi l'État ne se contente pas de « ne pas nuire » au processus d'accumulation du capital : il est aussi fortement incité à *favoriser activement* ce processus, ce qui correspond au principe de régulation (*maintenance principle*) (Barrow, 1993, p. 100-101) Le dernier principe mis de l'avant par Offe est le principe de légitimité qui requiert la mise en place, par l'État, de mécanismes de dissimulation (comme le secret administratif) et de mécanismes idéologiques créant l'illusion que l'État « is organized to pursue the general interests

of society as a whole, even though it functions in a specific relationship to capitalist accumulation. » (Barrow, 1993, p. 101)

Jusqu'à maintenant, il a surtout été question des mécanismes « objectifs » permettant de comprendre comment l'État en vient à servir les intérêts de la classe capitaliste. Autrement dit, on a vu comment, de manière « automatique » (c'est-à-dire indépendamment de la volonté, des intentions et de la conscience des actrices et des acteurs socio-politiques), le fonctionnement même du système capitaliste (et en particulier la propriété et le contrôle privé des moyens de production, qui confèrent à la classe capitaliste un pouvoir économique énorme) conduit l'État à jouer son rôle essentiel dans la reproduction de ce système.

Le courant instrumentaliste qui, comme on l'a vu, tient compte du rôle de ces mécanismes « automatiques », considère cependant que d'autres mécanismes importants permettent à la classe capitaliste d'utiliser l'État comme instrument de domination sociale. Pour leur part, ces mécanismes – qui sont davantage d'ordre politique et idéologique qu'économique – ne s'imposent pas « automatiquement » : ils font intervenir les classes sociales (surtout la classe capitaliste) et les agentes et les agents de l'État en tant qu'actrices et acteurs socio-politiques conscients.

0.3.4.2.2 Classes « en soi », classes « pour soi », rapports à l'État : les organisations de classe comme médiation

En ce qui concerne les classes sociales, ceci suppose bien sûr de les concevoir non seulement dans leur existence « objectives » – c'est-à-dire telles qu'elles sont définies par leur positionnement dans les rapports de production, quoiqu'il en soit de l'identification subjective ou de la conscience des « individus empiriques » concernés (classe « en soi ») –, mais aussi en tant que classe « subjective », et donc en tant que

classe dotée d'une *conscience de classe* et capable d'agir politiquement pour défendre et promouvoir ses *intérêts de classe* (classe « pour soi »)[114].

Une des raisons qui explique l'insistance exclusive (ou quasi-exclusive[115]) des courants structuralistes ou proches du structuralisme sur les mécanismes « automatiques » est que ces courants conçoivent la classe capitaliste comme étant beaucoup trop divisée pour pouvoir se constituer en « classe subjective » et ainsi être en mesure d'instrumentaliser directement l'État pour faire valoir ses intérêts généraux et à long terme (Barrow, 1993, p. 18)[116]. Levine souligne comment, pour Poulantzas, cette division profonde de la classe capitaliste s'enracine dans la logique même du système capitaliste :

> For Poulantzas, the capitalist class itself is internally divided. The internal conflicts of the capitalist class arise from the fact that units of capital are in constant competition with one another. The separation of capital into competing units of accumulation, isolated from one another and working against one another, is a necessary component of the accumulation process. (Levine, 2002, empl. 2473-2474)

Ce sont d'ailleurs en bonne partie ces divisions internes à la classe capitaliste et son incapacité à reconnaître et à assurer elle-même la réalisation de ses intérêts généraux et à long terme qui rendent nécessaires non seulement l'existence de l'État, mais aussi d'un État relativement autonome face aux intérêts particuliers ou à court terme des multiples fractions de la classe capitaliste (Levine, 2002, empl. 2522-2524) Offe va exactement dans le même sens : parce que « 'capital as a whole' exists only in an ideal sense, i.e., is incapable of articulating and perceiving a common and unified class

---

[114] Sur la distinction entre classe « en soi » et « pour soi », voir *supra*, sections 0.3.3.2 et 0.3.3.3.
[115] Nous verrons plus loin que dans ses versions plus « souples », le structuralisme convient de la pertinence de prendre ces autres mécanismes en considération (voir *infra*, section 0.3.4.3.1).
[116] Plus profondément, Poulantzas refuse (du moins dans ses premiers écrits) d'attribuer aux classes sociales – et encore moins aux « agents de production » empiriques – un statut de « sujet » (Barrow, 2002, empl. 510-524).

interest, it requires special guidance and supervision by a fully differentiated political-administrative system. » (Offe, cité dans Barrow, 1993, p. 102)

Ironiquement, c'est en s'opposant à une thèse semblable mise de l'avant par la théorie pluraliste que Miliband répond à cela (Barrow, 2002, empl. 415-416). En effet, la première tâche à laquelle il s'attèle dans *L'État dans la société capitaliste* est de faire la démonstration qu'il existe bel et bien quelque chose comme une « classe capitaliste » et que celle-ci peut être considérée comme une actrice (ou un sujet) socio-politique consciente de ses intérêts et capable de les faire valoir – et donc capable d'influencer de manière décisive (ou d'instrumentaliser) le pouvoir politique (Miliband, 1982, chapitre 1; Barrow, 1993, p. 17-18; 2002, empl. 419-420). Autrement dit, Miliband tente de démontrer que la classe capitaliste existe non seulement en tant que classe « en soi » mais aussi en tant que classe « pour soi ».

À cet égard, précisons d'abord que Miliband ne nie évidemment pas l'existence de divisons au sein de la classe capitaliste. Au contraire, il en reconnaît l'importance :

> le patronat n'est pas monolithique, économiquement, idéologiquement parlant; [...] il n'émet pas toujours – ni même généralement – un son de cloche unique. De fait, les intérêts distincts qu'il regroupe s'expriment partout à travers différentes associations nationales qui représentent autant de secteurs différents de la 'communauté patronale'. Ces clivages – notamment celui qui existe entre les grandes firmes et les petites et moyennes entreprises – ne sont absolument pas négligeables, au niveau particulier, non plus qu'au niveau global. (Miliband, 1982, p. 177)

Cependant, malgré ces divisions bien réelles, Miliband souligne que celles-ci cachent en fait « un consensus politique fondamental concernant les questions cruciales de la vie politique et économique » (Miliband, 1982, p. 60), et notamment « concernant le besoin de maintenir et de renforcer le contrôle et la propriété privée d'une part aussi étendue que possible des ressources de la société » ainsi que « le besoin de maximiser les profits qui découlent d'une telle propriété et d'un tel contrôle. » (Miliband, 1982,

p. 61) Ainsi, bien que les milieux d'affaires puissent souvent prendre des positions divergentes sur plusieurs enjeux,

> il se trouve que l'histoire ne garde aucun souvenir d'une pression massive exercée par une quelconque fraction de la bourgeoisie [...] en faveur des luttes de libération [anticoloniales], ni en faveur de la nationalisation de l'entreprise privée, ni d'une redistribution profonde de la richesse, ni d'une extension radicale des bénéfices sociaux, ni d'un renforcement des droits syndicaux, et ainsi de suite. (Miliband, 1982, p. 59)

Ainsi, Miliband soutient que la classe capitaliste, même si elle peut être « tactiquement divisé[e] », a tendance à « présenter un front passablement uni sur la plupart des grandes questions de politique économique, ainsi que sur un grand nombre de problèmes d'ordre national. » (Miliband, 1982, p. 177) En cela, elle constitue véritablement « une classe économique dominante dotée d'un fort degré de cohésion et de solidarité, animée d'intérêts et d'objectifs communs qui [...] transcende leurs divergences et leurs désaccords spécifiques. » (Miliband, 1982, p. 61)

La question se pose cependant des mécanismes – ou des « médiations » – par lesquels les capitalistes « individuels » : 1) parviennent, malgré leur mise en compétition par la logique du système capitaliste, à développer une conscience de classe et à se constituer en classe « pour soi » et 2) peuvent se représenter en tant que classe subjective dans leurs rapports avec l'État. Comme cela a été souligné plus haut dans le cas de la classe des travailleuses et des travailleurs (voir *supra*, section 0.3.3.2) le rôle des organisations et des associations dont la classe capitaliste se dote est ici central : elles constituent en quelque sorte l'interface d'une part entre les capitalistes en tant que classe « en soi » et en tant que classe « pour soi », et d'autre part entre cette classe constituée comme actrice consciente de ses intérêts et l'État.

En effet, en plus de permettre aux capitalistes de s'engager dans ce que Barrow appelle le « special-interest process » (Barrow, 1993, p. 30), ces organisations constituent la base matérielle des « corporate policy-planning network[s] » (Barrow, 1993, p. 33), qui

sont un des mécanismes par lequel, à travers d'importantes organisations d'envergure nationale[117], les diverses fractions de la classe capitaliste parviennent à dépasser leurs intérêts spécifiques et à développer une véritable conscience de classe[118] (Barrow, 1993, p. 33). En effet, la vocation de ces organisations est précisément de permettre le développement de positions communes sur la plupart des grands enjeux socio-économiques et politiques :

> The objective of these organizations is to bring together leading members of the capitalist class from the entire country to discuss general problems of concern to all members. Thus, planning organizations identify the long-term interests of the capitalist class in regard to issues of general importance. For example, planning organizations seek to define common national goals on issues such as Third World development, international trade policy, public education, national defense, health care, and labor relations. (Barrow, 1993, p. 33)

De plus, ces organisations jouent un *double* rôle de médiation : « Policy-planning groups are described as intermediate organizations, because they mediate between various special interests within the capitalist class *and between the capitalist class and the state*. »[119] Ainsi, elles travaillent en étroite collaboration avec les élites étatiques elles-mêmes : « The planning process takes place within an overlapping institutional matrix of public agencies and private associations. » (Barrow, 1993, p. 33) Plus encore, « high ranking state managers and emerging legislators are often invited into the planning network, where they are trained and socialized to become the spokespersons, allies, and future executive leaders of the power elite. » (Barrow, 1993, p. 37)

---

[117] Notons qu'aux États-Unis, l'une d'entre elles est le Conference Board, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir plus loin (voir *infra*, chapitre 9).

[118] Une autre approche privilégiée par le courant instrumentaliste est de montrer les liens étroits qui unissent de nombreuses corporations en documentant l'existence de « groupes financiers » puissants et peu nombreux (Barrow, 1993, p. 18). L'existence de tels regroupements suggère effectivement une fragmentation beaucoup moins profonde de la classe capitaliste que celle postulée par les courants proches du structuralisme, ce qui indique également l'existence d'une base matérielle substantielle pour le développement d'une conscience de classe relativement unifiée. De plus, ces facteurs « économiques » de cohésion entre capitalistes sont aussi « reinforced by a variety of noneconomic status linkages, cultural affiliations, and social interactions. » (Barrow, 1993, p. 22)

[119] C'est moi qui souligne.

Ceci nous amène à deux autres mécanismes identifiés par le courant instrumentaliste, qui permettent de comprendre plus précisément comment la classe capitaliste parvient à utiliser l'État comme instrument de domination sociale. Ces deux mécanismes – qui renvoient à une certaine proximité sociale et idéologique entre la classe capitaliste et l'élite d'État – sont le processus de colonisation et l'unité idéologique fondamentale des agentes et des agents de l'État.

0.3.4.2.3 Un mécanisme de contrôle « direct » de l'État par la classe capitaliste : la colonisation des appareils étatiques

En plus du contrôle plus « indirect » qu'elle exerce sur les décisions étatiques par le biais de son pouvoir économique (qui force l'État à prendre en compte les préférences et intérêts de la classe capitaliste), la classe capitaliste exerce aussi, dans l'optique du courant instrumentaliste, un contrôle direct sur le processus politique décisionnel. Concrètement, ce contrôle direct se réalise par le biais d'un mécanisme de « colonisation » des appareils de l'État par les membres de la classe capitaliste (Miliband, 1982, p. 70-71). Une partie importante de la démarche instrumentaliste consiste d'ailleurs à analyser la composition sociale des diverses branches du « système d'État » pour déterminer dans quelle mesure la classe capitaliste y est surreprésentée (Barrow, 2002, empl. 445-451).

Barrow conteste cependant les interprétations simplistes de cette analyse, qui exagèrent l'importance accordée au mécanisme de colonisation par les instrumentalistes : « despite the importance of colonization to the theory, instrumentalists have always made circumscribed empirical claims about the degree to which capitalists colonize the state apparatus. » (1993, p. 27) Ainsi, à l'instar des autres courants de la théorie marxiste de l'État, Miliband insiste sur le fait que, par contraste avec les classes possédantes des sociétés pré-capitalistes, « il est manifestement exact que, en tant que

classe, la classe capitaliste, en fait, ne 'gouverne' pas. » (Miliband, 1982, p. 68) En effet, « [à] l'époque du capitalisme avancé, les hommes d'affaires n'ont toujours pas assumé l'essentiel de l'activité gouvernementale. » (Miliband, 1982, p. 69)

Levine va donc beaucoup trop loin lorsqu'il affirme que « [t]he state, according to Miliband, is capitalist because its bureaucracy is *almost exclusively* composed of members of the capitalist class » (Levine, 2002, empl. 2466-2467)[120]. En effet, si Miliband soutient que « [les hommes d'affaires] ont été généralement bien représentés dans l'exécutif politique et à d'autres niveaux encore du système d'État, surtout au cours de l'histoire récente du capitalisme avancé » (Miliband, 1982, p. 69), il considère néanmoins que « capitalists usually colonize only the top command posts of government and administration. » (Barrow, 2002, empl. 467) En effet, considérant que le « pouvoir d'État » se trouve principalement aux niveaux supérieurs de chacune des branches du système d'État et qu'il est exercé par les personnes qui occupent les postes dirigeants de ces divers appareils, une attention particulière est portée à la composition sociale de ce que Miliband appelle « l'élite d'État », notamment parce que « [t]he class composition of a state elite creates 'a strong presumption ... as to its general outlook, ideological dispositions and political bias' » (Barrow, 2002, 445-451).

Si les gens d'affaires « n'ont jamais constitué, et ne constituent toujours pas plus qu'une minorité relativement réduite de l'élite d'État dans son ensemble » (Miliband, 1982, p. 73), il n'en demeure pas moins qu'ils y sont surreprésentés et que « their occupation of these key positions in the apparatus enables them to exercise *decisive influence* over public policy. » (Barrow, 1993, p. 27)[121] De plus, « [t]he colonization of key command posts in selected state apparatuses is merely one weapon, albeit an

---

[120] C'est moi qui souligne.

[121] Miliband ajoute également que même lorsqu'ils et elles ne sont pas directement issues de la classe capitaliste, les membres de l'élite d'État proviennent généralement de milieux socio-économiques semblables (1982, p. 73).

important one, in the larger arsenal of ruling-class domination » (Barrow, 2002, empl. 455-458) dont celui, fondamental, du pouvoir économique de la classe capitaliste.

Sans nous y attarder, précisons par ailleurs que le mécanisme de colonisation ne concerne pas que le système d'État : il concerne également le système idéologique, défini comme « an institutional matrix that includes the state's ideological apparatus (i.e. school and universities) and private institutions such as churches, the mass media, and other opinion-shaping networks. » (Barrow, 1993, p. 29) En effet, les instrumentalistes s'intéressent aussi à la capacité de la classe capitaliste à occuper une proportion significative des postes décisionnels ou stratégiques au sein de ces diverses institutions (Barrow, 1993, p. 29). Cette colonisation est évidente dans le cas des institutions idéologiques privées comme les médias de masse et les « boîtes à penser », qui sont pour la plupart directement détenues et contrôlées par des membres de la classe capitaliste (Miliband, 1982, p. 252). À cet égard, Miliband donne raison à Marx et Engels, selon qui

> 'la classe qui est la puissance *matérielle* dominante de la société est aussi la puissance dominante *spirituelle*. La classe qui dispose des moyens de la production matérielle dispose, du même coup, des moyens de la production intellectuelle, si bien que, l'un dans l'autre, les pensées de ceux à qui sont refusés les moyens de production intellectuelle sont soumises, du même coup, à cette classe dominante.' (Marx et Engels, cité dans Miliband, 1982, p. 203)

La colonisation du système idéologique par la classe capitaliste ne se limite toutefois pas aux « moyens de la production intellectuelle » privés; elle concerne également les institutions publiques, et notamment les universités (Miliband, 1982, p. 278). Or, ces institutions idéologiques publiques – et en particulier le système d'éducation supérieur – jouent un rôle important de « filtre social » et de socialisation de ceux et celles qui composeront éventuellement l'élite d'État :

> Miliband considers the ideological system, particularly the state's ideological apparatus, an important mechanism for socializing state managers, especially because higher educational credentials are a stringent requirement for holding

> advisory, policy-analysis, or decision making positions in the administrative and coercive apparatuses. (Barrow, 1993, p. 29)

La colonisation du système idéologique par la classe capitaliste contribue ainsi à expliquer un autre mécanisme important qui permet de comprendre comment l'État en vient à servir les intérêts généraux de la classe capitaliste, à savoir : l'unité idéologique fondamentale de l'élite d'État.

0.3.4.2.4 L'unité idéologique fondamentale de l'élite d'État comme autre « mécanisme de sélectivité »

Cette unité idéologique fondamentale concerne autant les dirigeantes et les dirigeants de gouvernement (1982, chapitre 3) que celles et ceux que Miliband appelle les « serviteurs de l'État » (1982, chapitre 4), c'est-à-dire les hauts fonctionnaires, officières et officiers supérieurs et juges des tribunaux de haute instance[122]. De la même manière que la cohésion idéologique de la classe capitaliste n'exclut pas de multiples divisions sur une foule d'enjeux spécifiques, l'unité idéologique de l'élite d'État ne signifie pas qu'il n'existe parmi elle aucune diversité d'orientation. En fait, « il se dégage une impression d'infinie diversité entre les gouvernements » qui se manifeste dans une « diversité de conceptions, d'attitudes, de programmes et de politiques, qui [...] donne lieu à une compétition et à un débat politiques vivaces » (Miliband, 1982, p. 82-83), notamment entre les « interventionnistes convaincus » et « ceux qui souhaiteraient une action étatique plus timide » (Miliband, 1982, p. 86).

Néanmoins, qu'elles et ils soient ou non directement issus de la classe capitaliste, les membres de l'élite d'État partagent généralement une « acceptation fondamentale de

---

[122] Dans l'interprétation de Barrow, cette unité idéologique s'étend aussi aux niveaux inférieurs des divers appareils de l'État, et donc aux « lower- and middle-level career state managers » (Barrow, 2002, empl. 469-472).

l'ordre capitaliste » (Miliband, 1982, p. 85). Il en résulte que « ces divergences et controverses [...] ont été maintenues dans un cadre qui excluait la mise en question de la validité du système de 'libre-entreprise' lui-même » (Miliband, 1982, p. 86) et que « les milieux politiques, en situation de capitalisme avancé, se sont surtout préoccupés des différentes conceptions de la gestion d'un *même* système économique et social. » (Miliband, 1982, p. 86)

Pour Miliband, ce consensus fondamental « est manifestement d'une importance cruciale » (Miliband, 1982, p. 86) puisque, pour reprendre la terminologie systémique, il agit en quelque sorte comme un « mécanisme de sélectivité » par lequel sont filtrés les problèmes rencontrés, les solutions envisagées et les objectifs qui président à l'élaboration des politiques publiques :

> Ces dirigeants et ces gouvernements ont sans aucun doute plusieurs objectifs, d'ordre personnel aussi bien que public. Mais tout objectif se trouve conditionné, il ne peut être envisagé qu'à travers le prisme de leur engagement, de leur adhésion au système économique existant. (Miliband, 1982, p. 89)

Autrement dit, l'acceptation du système capitaliste par l'élite d'État – et donc son refus d'agir « en opposition fondamentale avec les intérêts des propriétaires » (Aron, cité par Miliband, 1982, p. 92) – est un autre mécanisme qui impose des limites aux possibilités d'action de l'État :

> La première, la plus importante conséquence de cette adhésion des gouvernements des pays capitalistes avancés au système d'entreprise privée et à sa rationalité économique est la limitation considérable de leur liberté d'action pour une multitude de questions et de problèmes. [...] En effet, pour résoudre un très grand nombre de problèmes économiques et sociaux (tout au moins pour en atténuer les effets), il est justement indispensable que les gouvernements acceptent d'agir en situation 'd'opposition fondamentale' par rapport [aux intérêts des capitalistes]. (Miliband, 1982, p. 92)

Fait important, Miliband souligne que cette acceptation fondamentale du système capitaliste ne signifie pas nécessairement que l'élite d'État sert *consciemment* les

intérêts de la classe capitaliste. Selon lui, elle est en fait le plus souvent sincèrement convaincue de servir l'intérêt général. En fait, « les hommes au pouvoir ne considèrent pas eux-mêmes leur attachement à l'entreprise capitaliste comme un fait impliquant une quelconque partialité de classe. » (Miliband, 1982, p. 87) Ceci n'est pas étranger au pouvoir énorme dont dispose la classe capitaliste sur la bonne tenue de l'économie : puisque dans le cadre du système capitaliste celle-ci dépend des décisions économiques privées prises par les propriétaires et les gestionnaires de capitaux, et *dans la mesure où ce système et ce pouvoir économique ne sont pas remis en question*, les intérêts de la classe capitaliste peuvent effectivement apparaître comme équivalent à l'intérêt national ou général. Dans ce contexte, on peut

> comprendre pourquoi les gouvernements, tout en souhaitant promouvoir les affaires de toutes les manières possibles, n'estiment en aucune façon que cela implique un quelconque degré d'arbitraire en faveur d'intérêts, de classes ou de groupes particuliers : si l'intérêt national est en fait lié inextricablement au destin de l'entreprise capitaliste, toute partialité en faveur de celle-ci ne peut être, justement, qu'apparente. Au contraire, en servant les intérêts des milieux d'affaires, en aidant l'entreprise capitaliste à prospérer, les gouvernements ne font que remplir leur rôle tant exalté de gardien du bien-être général. (Miliband, 1982, p. 89-90)

0.3.4.3 Constats, positionnements et objectifs de la thèse concernant la théorie marxiste de l'État

0.3.4.3.1 Vers une certaine convergence des divers courants

Un premier constat au sortir de ce survol des divers courants de la théorie marxiste de l'État est celui d'une évolution de ceux-ci vers une certaine convergence. On le voit notamment dans le fait que les divergences entre ces courants, que Barrow considère pourtant comme des incompatibilités épistémologiques et méthodologiques

irréconciliables, s'estompent fortement lorsqu'il s'agit de les appliquer dans des analyses empiriques. En témoignent les conclusions de certains travaux empirico-historiques menés dans une optique dérivationiste, conclusions qui pointent vers l'atténuation des tendances fonctionnalistes de cette approche et vers une attention plus grande portée aux luttes de classe (voir *supra*, section 0.3.4.1.3). En témoignent aussi les similitudes très fortes soulignées par Barrow lui-même entre les analyses instrumentalistes et structuralistes du *Social Security Act* de 1935 aux États-Unis (Barrow, 1993, p. 136-145).

Cette évolution vers un certain rapprochement de ces divers courants est stimulée en partie par le défi théorique posé par le néo-institutionnalisme[123] qui, comme on l'a vu précédemment, conduira Miliband (1983) à mettre en évidence les fondements communs de son approche et de celle de Poulantzas, attitude partagée également par plusieurs auteurs d'un ouvrage collectif plus récent (Aronowitz et Bratsis, 2002). Ainsi, c'est un débat engagée par Skocpol avec des analyses marxistes du *Social Security Act* de 1935 qui provoquera « [t]he mounting of a joint polemical counterattack against Skocpol by corporate liberals (instrumentalists) and structuralists » (Barrow, 1993, p. 136). Autrement dit, par contraste avec le néo-institutionnalisme, les divergences entre les courants marxistes s'estompent en faveur d'un retour aux thèses fondamentales partagées par toutes les approches marxistes de l'État[124].

Cette atténuation des distinctions entre les divers courants s'exprime notamment sur l'axe du débat structure/agence, comme le montre l'ouverture des approches structuralistes (du moins dans leurs versions plus souples) à l'égard des mécanismes « politico-idéologiques » de médiation entre les rapports de classe et l'État mis en évidence par le courant instrumentaliste. Dans leurs versions les plus rigides, les

---

[123] Aronowitz et Bratsis (2002) de même que Panitch (2002) mentionnent également l'émergence du post-structuralisme/post-modernisme ainsi que des courants d'analyse qui considère que la mondialisation impose une remise en question fondamentale de l'État comme catégorie d'analyse pertinente.

[124] Sur ces thèses communes, voir *supra*, introduction de la section 0.3.4.

approches structuralistes ou proches du structuralisme rejettent la démarche instrumentaliste visant à documenter les mécanismes « d'inscription » des intérêts capitalistes au sein des appareils de l'État qui impliquent la conscience des actrices et des acteurs socio-politiques. Ainsi, dans ses premiers écrits, Poulantzas affirme qu'une telle démarche dénote en fait une mauvaise compréhension de la nature du rapport entre l'État et la classe capitaliste :

> The *direct* participation of members of the capitalist class in the State apparatus and in the government, even where it exists, is not the important side of the matter. The relation between the bourgeois class and the State is an *objective relation*. This means that if the *function* of the State in a determinate social formation and the *interests* of the dominant class in this formation *coincide*, it is by reason of the system itself: the direct participation of members of the ruling class in the State apparatus is not the *cause* but the *effect*, and moreover a chance and contingent one, of this objective coincidence. (Poulantzas, 1969, p. 73)

Nous avons vu que plus concrètement, ce sont les mécanismes de contrainte structurelle « automatiquement » imposés à l'État par sa dépendance à l'égard des décisions économiques privées prises par les capitalistes individuels qui expliquent cette coïncidence et qui rendent superflue l'analyse de la composition sociale des élites d'État. Dans cette perspective, « the functioning of the market so imprisons decision-making that the composition of state elites, the policy-formation process, and indeed the entire superstructure of instrumentalist theory is considered irrelevant. » (Barrow, 1993, p. 62)

Toutefois, des versions plus souples du structuralisme admettent la pertinence des autres mécanismes identifiés et analysés par le courant instrumentaliste. Ici, le « market's automatic trigger mechanism » est conçu de manière moins déterministe et davantage comme « merely promoting a natural alliance between state and capital » (Barrow, 1993, p. 62). En cela, ce « major mechanism » requiert « a variety of 'subsidiary structural mechanisms' » qui correspondent pour l'essentiel à ceux proposés par l'approche instrumentaliste (Barrow, 1993, p. 62). Notamment, on

reconnaît que des courroies de transmission entre la classe capitaliste et l'État sont nécessaires « for state elites to know what business 'needs' to restore its confidence » (Barrow, 1993, p. 62).

On considère également que l'idéologie de l'élite d'État et qu'une représentation directe de la classe capitaliste au sein des appareils de l'État a un impact significatif sur « the timing of policy responses to fluctuations in business confidence and the type of adjustments that are forthcoming » (Barrow, 1993, p. 63). Plus encore, il est possible que sans ces mécanismes, « unfavorable policies will be implemented or that policies required by business interests will not be forthcoming form the state when needed. » (Barrow, 1993, p. 63) Autrement dit : « The subsidiary mechanisms emphasized by instrumentalists turn out to be required for the effective functioning of the major mechanisms pointed out by structuralists. » (Barrow, 1993, p. 63) À ces tendances vers la convergence des divers courants s'ajoute bien sûr le consensus de base concernant le rôle de contrainte structurelle joué par le pouvoir économique de la classe capitaliste sur les possibilités d'action de l'État.

Plus largement, cet assouplissement du structuralisme se traduit également dans ce qu'on pourrait appeler une « historicisation » du concept de « sélectivité structurelle » développé par Offe. Ainsi, Poulantzas reprend ce concept dans ses travaux plus tardifs en insistant sur l'historicité des mécanismes de sélection institutionnalisés au cœur de l'État et sur le rôle fondamental des rapports de classe dans leur développement. En cohérence avec sa définition de l'État comme relation sociale ou comme « condensation matérielle » des rapports de classe, il conçoit les diverses institutions étatiques et la forme particulière qu'elles prennent comme le résultat historique (ou comme la matérialisation) des luttes de classe passées (Bratsis, 2002, empl. 3556)

C'est donc à travers ces luttes de classe historiques que des biais systémiques favorables aux intérêts capitalistes (ou, autrement dit, des mécanismes de sélection structurelle) sont institutionnalisés au sein des appareils de l'État : « The class bias

these institutions exhibit because of these previous political struggles is what Poulantzas terms, following Offe, structural selectivity – the selectivity the institutions display toward and against various possible laws and policies. » (Bratsis, 2002, empl. 3556)

Jessop propose quant à lui de remplacer la notion de sélectivité structurelle développée par Offe et reprise par Poulantzas par celle de sélectivité *stratégique*. Jessop souhaite ainsi mettre davantage en relief « the relational aspect of this selectivity as a product of the relationship between state forms and the strategies that different forces adopt toward the state. » (Bratsis, 2002, empl. 3566-3567) Ainsi, Jessop insiste sur le fait que la tendance de l'État à être « more open to some policies and less to others » (Bratsis, 2002, empl. 3565) est le résultat historique non seulement des luttes et stratégies passées (comme le souligne aussi Poulantzas), mais également des rapports entre ces stratégies et les formes passées de sélectivité déployées par l'État : « the current strategic selectivity of the state is in part the emergent effect of the interaction between its past patterns of strategic selectivity and the strategies adopted for its transformation. » (Jessop, cité dans Bratsis, 2002, empl. 3573-2574)

De plus, le concept de sélectivité stratégique permet de souligner que la façon dont la sélectivité de l'État se manifeste (ou les formes qu'elle prend) dépend des stratégies déployées par les classes sociales en lutte : l'État « does not display this selectivity irrespective of the ways class forces pursue their policy preferences. » (Bratsis, 2002, empl. 3565) Autrement dit, cette sélectivité et les structures étatiques dans lesquelles elle est institutionnalisée n'est pas le résultat d'un « set of functional imperatives determined by the societal whole » (Bratsis, 2002, empl. 3572-3573). Au contraire, tenir compte de l'influence des stratégies de classe sur les formes ou les manifestations de cette sélectivité

> radicalizes the contingency of the ways by which the form of the state participates in the production of class domination; it is not only the form of the state that plays

> that role, but also the various strategies and their potential and actual success that condition this selectivity and allow us to identify it. (Bratsis, 2002, empl. 3567-3569)

Inversement, la sélectivité déployée par les appareils étatiques ont un impact différencié « on the capacity of class-relevant forces to pursue their interests » (Bratsis, 2002, empl. 3564) En effet, « states are not neutral sites with reference to political strategies of social forces, but are more open to some political strategies than others. » (Bratsis, 2002, empl. 3569-3570)

Ces développements au sein du courant structuraliste – ainsi que certains développements au sein des autres courants proches du structuralisme (voir supra, section 0.3.4.1) – se traduisent donc finalement dans le fait que, quoiqu'il en soit de leurs divergences, *tous les courants s'entendent éventuellement pour accorder une importance centrale aux rapports/pratiques/luttes de classe dans leur conceptualisation de l'État capitaliste* (voir *supra*, section 0.3.4.1).

0.3.4.3.2 Positionnements de la thèse

De tels développements au sein de la théorie marxiste de l'État facilitent évidemment le positionnement parmi ces courants d'une démarche qui se donne notamment pour objectif de produire une analyse matérialiste et dialectique d'une réforme étatique particulière. En effet, tel qu'il a été défini plus haut, le matérialisme dialectique cherche à dépasser le débat structure/agence par son insistance sur le caractère fondamentalement relationnel et historique de la réalité sociale et, sur cette base, il place l'analyse historique des relations sociales – et particulièrement des rapports de classe – au centre de sa méthode (voir *supra*, section 0.1).

Plus précisément, en reconnaissant d'une part les contraintes systémiques limitant et/ou structurant les possibilités d'action de l'État et des diverses actrices et acteurs socio-politiques, tout en cherchant d'autre part les rapports de classe historiquement à l'œuvre derrière ces contraintes – et donc derrière les institutions, les structures et les facteurs qui apparaissent généralement de manière réifiée, comme des « choses » ou des forces « objectives » et désincarnées – le matérialisme dialectique pose en fait les termes du débat structure/agence comme étant mutuellement constitutifs (voir *supra*, sections 0.1 et 0.3.2).

Une telle position implique évidemment de rejeter les thèses les plus radicales du structuralisme. Notamment, le cadre théorique défendu ici est incompatible avec l'ultra-fonctionnalisme typique des versions les plus rigides du structuralisme et de ses variantes dérivationiste et systémique (voir *supra*, section 0.3.4.1). Par contre, c'est la définition de l'État proposée par Poulantzas dans ses écrits plus tardifs – et dans lesquels il en vient à concevoir l'État lui-même comme une relation sociale ou comme la « condensation matérielle » des rapports de classe (voir *supra*, section 0.3.4.1.2) – qui est la plus proche de celle proposée dans la thèse.

Rappelons en effet que l'État est ici conçu comme la « cristallisation » momentanée (historique) de rapports sociaux (de classe) (voir *supra*, sections 0.1. et 0.3.2) et, comme chez Poulantzas, cela signifie concrètement que « the 'institutional materiality' of the state is a historical product of a multiplicity of class practices and struggles. » (Bratsis, 2002, empl. 3551-3552) L'insistance de Poulantzas sur l'ancrage dans les rapports de classe présents et passés (et donc sur le caractère historique) des mécanismes de « sélectivité structurelle » conceptualisés par Offe va aussi dans ce sens et contribue à préciser davantage ce que signifie de concevoir l'État dans des termes fondamentalement relationnels et historiques (voir *supra*, section 0.3.4.2.1).

Le concept de sélectivité stratégique proposé plus récemment par Jessop est aussi intéressant dans la mesure où il permet de pousser plus loin la remise en question des

tendances fonctionnalistes typiques des approches structuralistes et proches du structuralisme en radicalisant le caractère relationnel et contingent des rapports entre les classes sociales et l'État (voir *supra*, section 0.3.4.2.1). À cet égard, le rôle fondamental attribué aux stratégies des classes sociales justifie une démarche qui s'attache à identifier les points de vue de classe et leur évolution (voir *supra*, section 0.3.3).

Ceci nous amène aux « mécanismes » (ou au « médiations ») identifiés par les divers courants de la théorie marxiste de l'État qui permettent d'éclairer plus concrètement comment les rapports de classe en viennent à se « cristalliser » au cœur de l'État, de ses institutions (dont le système socio-sanitaire) et de ses politiques (y compris celles qui concernent le secteur de la santé) – et qui permettent aussi du même coup, du moins en partie, de comprendre comment se réalise le passage de l'évolution « macro » du rapport de force entre les classe à l'évolution « micro » de la politique de l'État dans le domaine socio-sanitaire. À cet égard, les rapprochements entre ces différents courants invitent à une prise en considération autant des mécanismes « automatiques » (économiques) que des mécanismes plus « subjectifs » (politico-idéologiques) faisant intervenir la conscience des actrices et des acteurs socio-politiques, ce qui est aussi tout à fait en phase avec la volonté d'éviter la dichotomie structure/agence.

Ainsi, nous avons vu que tous les courants, y compris le courant instrumentaliste (Miliband peut même être qualifié de précurseur à cet égard aussi), considèrent comme fondamental le pouvoir économique conféré à la classe capitaliste par la logique même du système capitaliste, pouvoir qui permet à cette classe, *sans même avoir à se constituer en classe « pour soi »*, d'imposer sa volonté à l'État (ou du moins de lui opposer un pouvoir de veto) (voir *supra*, section 0.3.4.2.1).

Autrement dit, tous les courants reconnaissent qu'à cause de l'appropriation, par la classe capitaliste, des principaux moyens de financement, de distribution et de production économique (appropriation qui est au fondement du système capitaliste), un

biais systémique majeur en faveur de cette classe est à l'œuvre dans les rapports de classe, biais qui, sur le plan politique, conduit l'État à tenter de réaliser les intérêts fondamentaux de la classe capitaliste *quoiqu'il en soit des orientations politiques et idéologiques des gouvernements ou de l'élite d'État*. C'est en ce sens que, dans la mesure où elles sont le résultat direct ou indirect des contraintes *systémiques* qu'impose à l'État ce pouvoir économique de la classe capitaliste, des politiques étatiques dont les *effets objectifs* favorisent cette classe peuvent être considérés comme ayant un caractère capitaliste *peu importe les intentions ayant présidé à leur élaboration.*

En fait, nous avons vu que couplé au consensus fondamental qui unit idéologiquement l'élite d'État autour d'une acceptation (tacite ou explicite) de l'ordre capitaliste (consensus qui fonctionne aussi comme un mécanisme de sélectivité qui « filtre » les problèmes rencontrés et les solutions ou politiques envisagées), le contrôle exercé par la classe capitaliste sur l'économie nationale a pour effet que les intérêts des capitalistes tendent à apparaître, aux yeux des décideuses et des décideurs politiques, comme équivalents à l'intérêt général ou national (voir *supra*, section 0.3.4.2.4).

Cette confusion est d'autant plus forte que ce pouvoir économique agit en partie de manière « automatique », sans même que la classe capitaliste ait à exercer des pressions organisées (même si elle le fait aussi), avec pour résultat que ce pouvoir se présente très souvent à l'élite d'État sous la forme d'une puissance « objective », désincarnée, derrière laquelle la classe capitaliste et ses décisions économiques restent invisibles. Dans cette perspective, il n'est donc pas essentiel de démontrer que les décideuses et les décideurs politiques *visaient consciemment* à favoriser la classe capitaliste ou à répondre à ses besoins/exigences pour conclure au caractère capitaliste d'une politique ou d'une décision étatique.

Le positionnement de la thèse concernant la prise en compte de ces « mécanismes » dans l'analyse appelle cependant une précision qui apparaît comme essentielle pour une approche matérialiste et dialectique qui souhaite justement éviter les formes les

plus « mécaniques » de déterminisme : ce rejet du déterminisme « mécanique » – qui tend à concevoir toutes les actions de l'État comme une réponse fonctionnelle « automatique » aux exigences du capitalisme ou aux intérêts du capital – ne signifie pas pour autant le rejet de toutes formes de « mécanismes » opérant dans les rapports entre les classes et l'État, ni même le rejet de mécanismes « automatiques » qui sont à l'œuvre indépendamment de la volonté ou de la conscience des actrices et des acteurs socio-politiques.

Il implique toutefois une insistance sur les rapports de classe qui sous-tendent ces mécanismes – y compris les mécanismes « automatiques ». Le caractère « automatique » de ces mécanismes renvoie au fait que le pouvoir économique de la classe capitaliste peut, en vertu du fonctionnement du système capitaliste, s'exprimer sans organisation politique de sa part, par le simple truchement des décisions économiques des capitalistes individuels. Cependant, même lorsque les capitalistes individuels ne s'organisent pas politiquement pour défendre leurs intérêts (ou même lorsqu'ils ne se constituent pas en classe « pour soi »), il n'en demeure pas moins que derrière ces mécanismes « automatiques » se trouvent des actrices et des acteurs « socio-économiques » engagés dans des rapports de classe et défendant, par leurs décisions économiques, des intérêts de classe.

De plus, la perspective matérialiste et dialectique défendue ici impose aussi une prise en compte sérieuse des mécanismes qui font davantage intervenir la conscience des actrices et des acteurs socio-politiques. En effet, tenir compte des mécanismes qui relèvent de « l'agentivité » des classes sociales et des actrices et des acteurs étatiques est nécessaire, non seulement parce que les mécanismes « automatiques » sont insuffisants pour expliquer le contenu particulier des politiques étatiques et le moment précis de leur adoption (voir *supra*, conclusion de la section 0.3.4.2.4), mais aussi parce que, comme le soulignent eux-mêmes certains structuralistes, « capitalists do form

associations to plan policy, lobby, and engage in a variety of political activities » (Barrow, 1993, p. 62).

Ceci suggère fortement que s'il existe effectivement des mécanismes « automatiques » favorisant de manière systémique la classe capitaliste, et si les décisions économiques des capitalistes individuels peuvent exercer une influence décisive sur les décisions politiques des gouvernements, les réponses de l'État aux besoins et intérêts du capital ne sont pas pour autant purement « automatiques » ou inévitables, d'où la nécessité pour cette classe de se constituer en véritable actrice politique capable de défendre et de promouvoir ses intérêts auprès de l'État : « if business is inevitably priviledged in the political systems of advanced capitalist societies, why does it require associations? » (Barrow, 1993, p. 62)

La prise en compte de ces mécanismes plus « subjectifs » permet ainsi de mettre en évidence le rôle des classes sociales en tant qu'actrices socio-politique et d'éviter les formes les plus déterministes de fonctionnalisme (ou les formes les plus « mécaniques » de déterminisme), qui voient chaque décision, action ou politique étatiques comme une réponse fonctionnelle inévitable aux besoins du capital. Comme en viennent éventuellement à l'admettre tous les courants, si l'État rempli effectivement de telles fonctions, c'est aussi sous la pression ou en réaction aux luttes/rapports/pratiques de classe et non simplement parce que l'exige la logique du système capitaliste.

Par ailleurs, le survol des diverses approches marxistes de l'État présenté ici conduit à un autre constat, éclairé par le souci, exposé précédemment, de ne négliger ni le point de vue des classes dominantes, ni celui des classes dominées (voir *supra*, section 0.3.3). En effet, il ressort clairement de ce survol que les mécanismes de la « cristallisation » des rapports de classe au sein de l'État identifiés par les divers courants sont en fait tous des mécanismes permettant aux intérêts *de la classe capitaliste* de s'imposer. Ceci s'explique évidemment par le fait que ces approches cherchent avant tout à démontrer

le caractère capitaliste de l'État. Les mécanismes identifiés ici sont donc pensés comme autant de biais systémiques de l'État qui favorisent structurellement la classe capitaliste et qui permettent l'inscription de ses intérêts et de son point de vue au cœur de l'État, de ses appareils et de ses politiques (y compris dans le domaine socio-sanitaire).

Sans remettre en question cette perspective – le cadre théorique présenté plus haut conçoit aussi l'État comme un État capitaliste, et comme cela a été affirmé ici, les mécanismes identifiés par les diverses approches marxistes de l'État peuvent tous être retenus comme pertinents pour expliciter les biais systémiques favorables à la classe capitaliste qui caractérisent le système politique des sociétés capitalistes –, il convient d'en souligner les dangers, et notamment (encore une fois) les risques de glisser vers un fonctionnalisme qui conçoit chaque action de l'État comme une réponse aux besoins et intérêts fondamentaux du capital. Autrement dit, limiter son champ visuel à ces mécanismes pourrait conduire à négliger le point de vue des classes dominées ainsi que leur rôle en tant qu'actrices socio-politiques (ou en tant que classes « pour soi ») dotées de leurs propres intérêts *et susceptibles de parvenir à les imposer*.

En effet, si, du point de vue de la classe capitaliste, ces mécanismes se présentent comme la forme concrète des biais systémiques favorisant la réalisation de ses intérêts par l'État, ils apparaissent inversement, du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, comme la manifestation concrète des contraintes structurelles qui limitent la capacité de l'État à agir dans le sens de ses intérêts. Or, s'il est essentiel de montrer de quelles manières les classes dominées sont structurellement défavorisées dans les luttes socio-politiques qui les opposent aux classes dominantes, il est tout aussi crucial de comprendre dans quelles circonstances elles parviennent, *malgré ces biais systémiques défavorables*, à faire des gains réels et significatifs.

Et de fait, plusieurs des auteurs mentionnés ici considèrent qu'il est possible pour la classe des travailleuses et des travailleurs de faire de véritables gains (voir *supra*, section 0.3.4.1.1 et 0.3.4.1.3; voir également Hirsch, cité dans Barrow, 1993, p. 87).

Nous avons vu également comment Offe reconnaît éventuellement que c'est la force organisationnelle de la classe des travailleuses et des travailleurs et sa capacité à faire pression sur l'État (et non les exigences fonctionnelles abstraites du système capitaliste) qui provoquent le besoin de légitimation de l'État et le développement des politiques sociales. De même, Miliband soutient que le degré d'autonomie de l'État face à la classe capitaliste dépend de la capacité de la classe des travailleuses et des travailleurs à menacer l'hégémonie de la classe capitaliste.

Il est aussi très clair que pour la plupart de ces auteurs, *l'état du rapport de force entre les classes* joue un rôle fondamental pour comprendre que la classe des travailleuses et des travailleurs puisse faire des gains *malgré les mécanismes de sélectivité qui opèrent au sein de l'État*. Dans cette optique, placer l'analyse de ce rapport de force et de son évolution au cœur de la démarche de recherche apparaît comme essentiel pour éviter les pièges des analyses « à une face » (sur cette notion, voir *supra*, section 0.3.3). Il est toutefois crucial que cette analyse tienne compte du rôle et du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, tout en n'oubliant pas que la position socio-économique dominante de la classe capitaliste implique que le rapport de force lui est « normalement favorable », ce qui, au niveau étatique, se cristallise historiquement dans des biais systémiques (ou dans des mécanismes de sélectivité) pro-capitalistes : « *under normal circumstances* the capitalist class will be able to mobilize and deploy a variety of key resources in greater and more efficient concentrations than other classes in society. » (Barrow, 1993, p. 16)[125]

[125] C'est moi qui souligne. Par ailleurs, l'utilisation du concept de rapport de force impose des précisions méthodologiques qui seront apportées plus loin, précisions qui permettront d'éclaircir davantage comment – outre par le biais des mécanismes identifiés dans cette section – se justifie le passage d'une analyse « macro » de l'évolution du rapport de force entre les classes à l'analyse « micro » de l'évolution de la politique étatique dans le domaine socio-sanitaire (voir *infra*, section 0.4.2).

0.3.4.3.3 Délimitation des objectifs de la thèse concernant la théorie marxiste de l'État

Il convient maintenant de circonscrire les objectifs de la thèse en ce qui concerne la théorie marxiste de l'État. Précisons d'abord qu'il ne s'agit pas ici de faire une application systématique de cette théorie au cas de la réforme du réseau socio-sanitaire québécois durant les années 1970 : ainsi, la thèse ne vise pas à documenter de manière systématique comment chacun des mécanismes présentés dans la section précédente s'est manifesté dans l'histoire des CLSC. C'est plutôt l'analyse des points de vue de classe et du rapport de force entre les classes – et plus précisément entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs – et sa mise en parallèle avec l'histoire des CLSC qui est le nœud central de la question spécifique de recherche, du cadre théorique et de l'ensemble de la démarche de recherche (y compris sur le plan méthodologique, comme nous le verrons dans la prochaine section).

L'objectif n'est évidemment pas non plus de *démontrer* le caractère capitaliste de l'État, de ses institutions ou de ses politiques, ni l'une ou l'autre des sous-thèses qui accompagnent cette thèse principale de la théorie marxiste de l'État. Non seulement une telle ambition dépasserait-elle largement les limites de la présente démarche, mais elle ne pourrait que se buter aux présupposés théoriques des approches non marxistes, incompatibles avec ses propres présupposés. Ceci est très bien illustré par Barrow qui montre comment, dans les analyses concurrentes du *Social Security Act* proposées par les courants instrumentaliste, structuraliste et néo-institutionnaliste, les faits eux-mêmes sont sujets à diverses interprétations qui dépendent des présupposés épistémologiques et théoriques de chaque approche, avec pour résultat que des présupposés incompatibles mènent à des interprétations contradictoires de faits pourtant identiques. Ainsi :

> when it comes to interpret the process of policy formation that took place within the executive branch of government, [l'analyse instrumentaliste] views the same

> political actors [...] as representatives of big business, while Skocpol sees them as organizations of autonomous intellectuals and policy experts. This is not a behavioral dispute over who the major actors were, but an intractable theoretical dispute over how to interpret the meaning of organizational actions in relation to social classes. Skocpol denies that big business played any significant role in shaping U.S Social Security legislation, not because she is unaware of its presence in the policy-formation process, but because she interprets their role to be unimportant on the basis of prior analytic considerations. (Barrow, 1993, p. 139)

Les prétentions de la thèse se limitent donc à *illustrer*, à travers l'analyse d'un cas spécifique de réforme, certains aspects de la théorie marxiste de l'État et à voir dans quelle mesure les éléments d'analyse recueillis dans le cadre de cette recherche tendent à appuyer les positions défendues par cette théorie. Ainsi, même si elle ne vise pas à illustrer systématiquement et de manière détaillée chacun des mécanismes présentés plus haut, il sera possible de voir comment le pouvoir économique de la classe capitaliste a effectivement agi comme mécanisme de sélectivité ayant eu un impact sur l'évolution du modèle des CLSC. Il sera également possible de voir que ce mécanisme s'est présenté non seulement sous la forme de contraintes « objectives » pour les décideuses et les décideurs du Ministère des Affaires sociales, mais aussi sous la forme de pressions directes auprès du gouvernement, pressions évidemment médiatisées par les organisations de la classe capitaliste.

L'analyse permettra également d'illustrer comment certaines limites ont caractérisé l'idéologie des réformatrices et des réformateurs ayant présidé à la Réforme des Affaires sociales et la création des CLSC, et comment ces limites se sont globalement inscrites dans une acceptation tacite – et même explicite, dans le cas de Castonguay lui-même – de l'ordre capitaliste, même si par ailleurs des analogies très fortes entre la conception de la santé portée par ces réformatrices et ces réformateurs et celle mise de l'avant par la classe des travailleuses et des travailleurs seront aussi constatées. Sur ce dernier point, nous verrons que cette classe a exercé – elle aussi par le biais de ses

organisations (syndicales et populaires) – des pressions directes sur les gouvernements de l'époque en faveur de réformes dans le domaine socio-sanitaire[126].

Cependant, parce qu'une telle démarche aurait impliqué une recherche empirique considérable – qui se serait ajoutée à une démarche de recherche déjà trop ambitieuse – une enquête sur une éventuelle colonisation des appareils de l'État (et notamment du MAS) par la classe capitaliste ou sur des liens directs entre les décideuses et les décideurs politiques et des membres influents de la classe capitaliste a été écartée. Il en va de même d'une analyse des débats internes aux appareils de l'État dans le processus décisionnel (*policy-planning process*) concernant la création des CLSC et leurs modifications subséquentes. Si une telle analyse aurait peut-être permis de trouver des preuves plus directes d'une influence de la part de l'une ou l'autre des classes sociales en présence sur ce processus, elle n'apparaissait pas essentielle à une démarche qui visait d'abord à analyser le rôle des rapports de force entre les classes – dont les effets globaux, complexes et diffus risquaient fort, de toute façon, de ne pas être perceptibles sous la forme d'influences directes[127].

Par ailleurs, la perspective historique longue adoptée dans la thèse donnera certaines indications permettant d'entrevoir à l'œuvre le processus de « cristallisation » de certains mécanismes de sélectivité au sein des appareils de l'État, et plus particulièrement au sein du système de santé, illustrant ainsi les thèses de Poulantzas et Jessop concernant le caractère historique et relationnel de ces mécanismes. La thèse sera aussi l'occasion d'illustrer comment les limites structurelles imposées par ces mécanismes de sélectivité se manifestent dans le domaine de la santé. Enfin, la

---

[126] Toutefois, en accord avec ce qui précède, une des thèses centrales de l'analyse est que, plus encore que ces pressions directes, c'est avant tout un rapport de force exceptionnellement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs qui permet de comprendre la convergence entre les conceptions de la santé défendues d'une part par les réformatrices et les réformateurs, et d'autre part par les organisations syndicales et populaires. Autrement dit, sans un rapport de force aussi favorable, on peut penser que ces pressions seraient restées sans effet. Nous y reviendrons en conclusion de la thèse.

[127] Encore une fois, voir à ce sujet les précisions méthodologiques concernant le rapport de force faites à la section 0.4.2.

démarche espère à terme produire une analyse permettant globalement d'offrir un appui empirique supplémentaire à la thèse marxiste centrale qui affirme le caractère capitaliste de l'État, y compris en régime démocratique.

0.4 Méthodologie : mise en œuvre de la méthode dialectique

0.4.1 Grands principes de la méthode dialectique et principaux axes de recherche et d'analyse

Il s'agira maintenant de voir de quelles manières ce cadre théorique sera mis en pratique dans une méthodologie centrée principalement sur une analyse historique (matérialiste et dialectique). Autrement dit, ce sont en quelque sorte les bases de la méthode dialectique telle qu'elle est comprise dans la thèse qui sont présentées dans cette section.

De manière préliminaire, et à partir du cadre théorique présenté plus haut, on peut dire que la méthode dialectique ayant guidé l'analyse est gouvernée d'abord par le principe fondamental consistant à analyser les phénomènes à partir de la « totalité » dans laquelle ils s'inscrivent. Pour l'essentiel, cela signifie d'adopter une approche holistique ou un champ visuel large qui permet d'appréhender les phénomènes non seulement à partir du système social global dans lequel ils s'inscrivent (ici : le capitalisme et les rapports de classe qui le constituent), mais aussi à partir de leur développement historique (c'est-à-dire de leur genèse et de leur devenir, potentiel ou réel).

Ce principe fondamental se traduit plus spécifiquement dans cinq grands principes généraux : 1) inscrire les phénomènes analysés dans les rapports de classe, et plus particulièrement dans *l'évolution des rapports de force entre les classes* ; 2) adopter une *perspective historique longue* qui permet de considérer les facteurs structurels, les

contraintes et les institutions qui pèsent sur les actrices et les acteurs sociaux non pas comme des objets réifiés mais bien comme s'étant constitué historiquement dans le mouvement des rapports sociaux – dont les rapports de classe ; 3) pour la même raison, adopter une *perspective large*, c'est-à-dire inscrire les phénomènes dans les grandes tendances internationales qui traversent le capitalisme ; 4) analyser les phénomènes à partir des *points de vue de classe* et, dans ce processus, ne négliger ni le point de vue de la classe capitaliste, ni celui de la classe des travailleuses et des travailleurs ; 5) analyser les phénomènes non seulement à partir des points de vue de classe, mais aussi en particulier à partir des *alternatives radicales* possibles (et donc des développements futurs potentiels de ces phénomènes ou, pour reprendre le langage de la méthode dialectique, à partir de leur « négation »).

Plus concrètement, la thèse a été réalisée par le biais d'une analyse historique qualitative reposant d'une part sur une recherche documentaire et l'analyse de sources de première et de seconde main, et d'autre part sur une série d'entretiens semi-dirigés avec des actrices et des acteurs ayant directement participé à l'implantation des premiers CLSC durant les années 1970. La recherche et l'analyse ont été organisées autour de cinq grands axes qui incluent les cinq grands principes énoncés au paragraphe précédent, mais ne se confondent pas tout à fait avec eux. Ces axes de recherche et d'analyse permettent d'atteindre les objectifs de la thèse, de répondre à la question de recherche et de mettre en œuvre le cadre théorique (et la méthode) matérialiste et dialectique présenté plus haut :

1) Un premier axe de recherche et d'analyse a consisté à documenter, en tenant compte de leur évolution historique, *les points de vue de classe en matière de santé et, plus secondairement, en matière de politiques sociales*. La présentation des résultats de cette recherche et de cette analyse sont l'objet principal de la Partie 1 de la thèse (chapitres 1 à 4), bien que les chapitres subséquents donnent aussi des indications sur l'évolution de ces points de vue

à partir de 1970. Cet axe d'analyse constitue en quelque sorte l'opérationnalisation du concept de « point de vue », élément crucial du cadre théorique. Celui-ci insistant notamment sur l'importance d'analyser les phénomènes non seulement à partir du point de vue des groupes dominants, mais également à partir de celui des groupes dominés, il va de soi que cette recherche a visé à documenter tant le point de vue de la classe capitaliste que celui de la classe des travailleuses et des travailleurs. Une attention particulière a également été portée au point de vue sur la santé le plus *radicalement alternatif* exprimé par la classe des travailleuses et des travailleurs au Québec (et incarné dans le modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ; nous y reviendrons dans la section 0.4.3.2). Par ailleurs, les points de vue de classe en matière de politiques sociales et de santé plongent leurs racines jusque dans le XIXe siècle, tout comme d'ailleurs les premières politiques sociales et de santé étatiques. Bien sûr, une plus grande attention a été portée aux points de vue de classe exprimés durant les années 1960 (soit durant la décennie qui précède la création du modèle des CLSC). Néanmoins, documenter et analyser les points de vue de classe tels qu'ils se construisent dès la seconde moitié du XIXe siècle et tels qu'ils évoluent jusqu'aux années 1970 s'est aussi imposé, en cohérence avec le cadre théorique et avec la nécessité d'adopter une *perspective historique longue*, approche essentielle pour être en mesure d'aborder dans une perspective de classe les facteurs invoqués dans la littérature sur les CLSC pour expliquer l'évolution de ce modèle d'établissement (voir aussi à ce sujet le cinquième axe de recherche).

2) Un second axe de recherche et d'analyse a bien sûr visé à documenter *l'évolution historique détaillée du modèle initial des CLSC*, à partir de sa première formulation dans le rapport de la CESBES (en 1970) jusqu'à sa redéfinition par le ministère, amorcée en 1974 et pour l'essentiel achevée en 1981. Les résultats de cette recherche et de cette analyse sont présentés dans la

Partie 2 de la thèse, plus précisément aux chapitres 5, 6 et 8. Évidemment, et conformément au cadre théorique, il s'agissait ici de mesurer précisément la distance entre, d'une part, les versions successives du modèle initial des CLSC et, d'autre part, les points de vue de classe en matière de santé et de politiques sociales. Autrement dit, il s'agissait de répondre aux questions suivantes : dans quelle mesure le modèle initial des CLSC correspond-il au point de vue de la classe capitaliste ?/de la classe des travailleuses et des travailleurs ? ; dans quelle mesure, à travers son évolution subséquente, ce modèle se rapproche-t-il/s'éloigne-t-il du point de vue de la classe capitaliste ?/de la classe des travailleuses et des travailleurs ? Par le fait même, cet axe de recherche a aussi été l'occasion de documenter *le point de vue en matière de santé et de politiques sociales des réformatrices et des réformateurs ainsi que des dirigeantes et des dirigeants politiques* ayant imaginé et mis en œuvre le modèle initial des CLSC et, de manière plus générale, ayant opéré la Réforme des Affaires sociales. Il s'agissait ici de voir dans quelle mesure ces actrices et acteurs politiques sont perméables aux revendications ou prises de positions de chacune des classes sociales en présence ou, en d'autres termes, dans quelle mesure ces revendications et prises de position sont reprises par les actrices et les acteurs politiques ou correspondent à leurs propres positions ou point de vue. Cette évaluation a fourni les premiers indices de la volonté et de la capacité (ou non) des classes capitaliste et laborieuse à influencer le modèle et son évolution ou, autrement dit, à influencer le point de vue des réformatrices et des réformateurs et, plus largement, les décisions politiques en matière socio-sanitaire.

3) Un troisième axe de recherche et d'analyse s'est attaché à documenter *l'évolution du rapport de force entre les classes*. Bien que plusieurs indications soient aussi données à ce sujet dans la Partie 1 de la thèse, ces résultats sont surtout présentés dans la Partie 2 de la thèse, aux chapitres 7 et 9. L'insistance sur les rapports de force, elle aussi essentielle au cadre théorique choisi, devait

notamment permettre de ne pas perdre de vue les dimensions politiques et idéologiques des rapports de classe. De plus, il ne suffit pas de constater une « correspondance » entre le modèle des CLSC et un point de vue de classe pour pouvoir conclure que cette classe est parvenue à imposer son point de vue ; il faut aussi montrer que cette classe avait la *capacité* de le faire. Autrement dit, il s'agissait de voir dans quelle mesure l'évolution du modèle initial des CLSC par rapport aux points de vue de classe correspond à l'évolution du rapport de force entre les classes. L'évolution du rapport de force a été documentée et analysée non seulement pour les décennies 1960 et 1970, qui ont bien sûr fait l'objet d'une attention particulière, mais aussi, quoique de manière moins approfondie, pour toute la période qui couvre la fin du XIXe siècle jusqu'au début des années 1980. Un tel choix correspond à la nécessaire perspective historique longue imposée par le matérialisme dialectique et devait permettre, ici aussi, de rendre visible les rapports de classe à l'œuvre derrière les facteurs qui interviennent dans les analyses recensées (encore une fois, voir à ce sujet le cinquième axe de recherche). C'est dans la même optique que l'évolution du rapport de force entre les classes a été abordée non seulement dans une perspective historique longue, mais aussi à partir d'une *perspective large*. Ainsi, la documentation et l'analyse de l'évolution du rapport de force ne s'est pas limitée au contexte québécois ; elle a plutôt inscrit les tendances québécoises à cet égard dans les grandes tendances internationales qui marquent l'évolution du capitalisme au XXe siècle.

4) Un quatrième axe de recherche et d'analyse s'est attardé à *l'émergence, la consolidation et enfin la « crise » de « l'État-providence »* au Québec, mais aussi au Canada et, plus superficiellement, dans le monde occidental en général. Encore une fois, plusieurs indications sont données à ce sujet dans la Partie 1 de la thèse, mais les résultats de cette recherche et de cette analyse sont surtout présentés dans la Partie 2, en même temps que l'évolution du rapport de force

entre les classes (chapitres 7 et 9). Il s'agissait surtout ici d'inscrire la naissance des CLSC et la remise en question du modèle initial dans la naissance et la crise de l'État-providence québécois, et d'inscrire cette double évolution dans les grandes tendances internationales, nationales et provinciales quant à l'évolution du rapport de force entre les classes. Cependant, la perspective large et l'approche historique longue imposées par le cadre théorique – et qui conduisent à comparer dans leur grandes lignes l'évolution de l'État-providence québécois à celle des autres États-providence occidentaux sur une période historique couvrant la fin du XIXe siècle jusqu'aux années 1980 – ont aussi permis d'en arriver à des conclusions originales concernant les particularités de l'État-providence québécois. Alors qu'il n'entrait pas dans les objectifs de la thèse d'expliquer le contraste frappant entre, d'une part, le conservatisme de l'État québécois en matière de politiques sociales jusqu'aux années 1960 et, d'autre part, le caractère particulièrement progressiste des politiques sociales (y compris le modèle original et novateur des CLSC) adoptées à partir de ce qu'il est convenu d'appeler la « Révolution tranquille », l'analyse faite ici donne plusieurs indications qui contribuent à expliquer ce phénomène spécifique au Québec (voir *infra*, chapitre 7).

5) Un cinquième (et dernier) axe de recherche et d'analyse concerne plus directement *les rapports de classe qui « se cachent » derrière les facteurs invoqués dans la littérature sur l'histoire des CLSC*. C'est d'ailleurs en partie pour parvenir à rendre visible ces rapports de classe qu'il a été nécessaire d'adopter la perspective large et l'approche historique longue typiques de la méthode dialectique du marxisme (ou plutôt : c'est la perspective large et l'approche historique longue typiques de la méthode dialectique du marxisme qui a permis de rendre visible ces rapports de classe). Voir les rapports de classe à l'œuvre derrière les facteurs, contraintes et institutions qui pèsent sur les actrices et les acteurs sociaux (et ainsi les aborder dans une perspective de

classe) implique en effet un champ visuel large et un recul historique essentiels. La réponse à la question spécifique de recherche, ou, autrement dit, la démonstration du rôle – direct et indirect – joué par les rapports entre les classes capitaliste et laborieuse dans la naissance des CLSC, dans la forme particulière prise par le modèle initial et dans l'abandon rapide de ce modèle, a donc pris deux formes principales : 1) montrer les effets plus « immédiats » que les rapports de classe – et notamment l'évolution du rapport de force entre les classes – ont eu sur cette évolution ; mais aussi 2) montrer que des rapports de classe sous-tendent les principaux facteurs qui interviennent dans les analyses recensées et qu'en cela, ils ont aussi eu, de cette manière plus « indirecte », un impact sur cette évolution. En d'autres termes, il s'agissait de montrer que les « conditions » ou le « contexte » (idéologique, institutionnel, économique, etc.) particulier dans lequel sont créés puis remis en question les CLSC – « contexte » qui est généralement considéré comme « donné » – s'est lui-même en partie au moins historiquement constitué à travers les rapports de classe qui structurent le système capitaliste. Dans cette perspective, il est apparu essentiel de documenter les rapports de classe ayant eu un impact sur : 1) la domination du modèle curatif et biomédical de la médecine scientifique, corollaire à la constitution du corps médical comme acteur dominant du système socio-sanitaire (voir *infra*, chapitre 2) ; 2) le caractère hospitalo-centrique du système socio-sanitaire, corollaire à la constitution des administrations hospitalières comme actrices dominante du réseau (voir *infra*, chapitre 3) ; 3) l'idéologie des réformatrices et des réformateurs ayant imaginé et mis en œuvre le modèle initial des CLSC (voir *infra*, chapitres 4 et 5) ; 4) le « contexte » de la Révolution tranquille (voir *infra*, chapitre 7) ; 5) le rôle du gouvernement fédéral canadien (voir *infra*, chapitre 7) ; 6) le contexte institutionnel particulier de la naissance des CLSC (qui correspond en fait au cadre institutionnel « providentialiste et fordiste » des années d'après-guerre) (voir *infra*, chapitre 7) ; et finalement 7) le fameux et incontournable « contexte économique », qui

> renvoie non seulement aux « contraintes budgétaires » de l'État et au contexte de ralentissement et de crise économique qui caractérisent les années 1970 et 1980, mais aussi à la croissance économique exceptionnelle qui marque les « Trente glorieuses » et qui constitue le « contexte » de l'émergence et de la consolidation de l'État-providence (voir *infra*, chapitres 7 et 9).

Avant de présenter plus en détails les diverses sources ayant alimenté la recherche, il convient de préciser certaines limites qui, malgré la perspective large et l'approche historique longue privilégiée ici, caractérisent la présente démarche de recherche.

0.4.2 Précisions, limites et points aveugles de la thèse

Paradoxalement, le caractère très large de la perspective adoptée ici constitue aussi en même temps une de ses limites : il implique que plusieurs aspects de la thèse n'ont pas pu être abordés de manière exhaustive. C'est le cas notamment de la présentation des grandes lignes de l'histoire du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois, qui se profile en filigrane de l'analyse des points de vue de classe et de l'histoire des CLSC. C'est aussi le cas de l'analyse des grandes tendances internationales concernant d'une part l'émergence, la consolidation et la crise de l'État-providence, et d'autre part l'évolution du rapport de force entre les classes, analyse qui se limite d'ailleurs aux pays occidentaux. Il n'est toutefois pas apparu essentiel d'approfondir davantage ces aspects pour être en mesure de répondre à la question de recherche.

D'autre part, si la thèse adopte une approche historique longue et une perspective large qui l'amène à remontrer jusqu'au XIXe siècle et à situer l'histoire des CLSC dans son contexte international, elle restreint néanmoins l'analyse de l'évolution du modèle

initial des CLSC aux années comprises entre 1970 et 1981. Trois considérations justifient ce choix. D'abord, la problématique et la question de recherche concernent l'émergence au Québec d'un modèle comme celui des CLSC ainsi que l'abandon rapide du modèle *initial* des CLSC. Or, ce modèle initial est, pour l'essentiel, déjà écarté en 1981 (voire même dès 1977) – du moins au niveau des orientations du ministère des Affaires sociales (MAS). Ensuite, l'analyse de la période de remise en question du modèle qui débute en 1974 et qui se termine en 1981 est suffisante pour dégager les tendances fortes qui s'amorcent alors et qui continueront pour l'essentiel de s'imposer durant les décennies subséquentes. Enfin, se limiter à une période de temps plus restreinte permet bien sûr de procéder à une analyse beaucoup plus approfondie et minutieuse de l'évolution des CLSC, et donc d'en saisir avec plus de finesse les nuances.

Il importe également de préciser que le choix de la question spécifique de recherche, axée sur les rapports sociaux entre les classes sociales, conduit à exclure du champ visuel de l'analyse proposée ici les autres rapports sociaux qui structurent nos sociétés (dont les rapports de sexes et l'oppression raciste) ainsi que les systèmes d'exploitation et de domination qui les supportent. Cette limite est importante à souligner dans la mesure où la thèse met de l'avant une démarche qui souhaite inscrire l'analyse des CLSC dans la « totalité » (qui ne se limite pas au système capitaliste et aux rapports de classe qui le structurent).

Cependant, l'ampleur de la recherche documentaire nécessaire pour réaliser l'analyse de classe rendait difficilement réalisable, dans le cadre de cette thèse, l'intégration de ces dimensions dans la question de recherche (et donc dans l'analyse), d'autant plus que leur prise en compte sérieuse aurait signifié d'élargir considérablement un projet déjà (trop) ambitieux. Néanmoins, la conclusion de la thèse sera l'occasion d'énoncer certaines observations et d'offrir quelques pistes de recherche quant au rôle qu'ont pu

jouer les rapports sociaux de sexe dans l'histoire des CLSC et, plus largement, du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois[128].

Des précisions sont aussi importantes à faire sur « l'opérationnalisation » de deux notions qui occupent une place centrale dans la démarche de recherche : la notion de point de vue de classe, déjà discutée précédemment (voir *supra*, section 0.3.3), et la notion de rapport de force entre les classes, elle aussi abordée au moment de présenter le cadre théorique (voir *supra*, section 0.3.2).

En ce qui concerne la première notion, le choix d'utiliser les prises de positions, revendications et visions du monde exprimées par les organisations de classe comme matériau de base pour la reconstruction des points de vue de classe comporte évidemment certaines limites. En effet, à l'encontre des approches discursivistes, et même si, comme l'affirme Denis (2003), les organisations dont elles se dotent jouent effectivement un rôle crucial dans la construction des classes sociales (« pour soi »), il n'en demeure pas moins que dans la perspective défendue ici, les organisations de classe ne *sont* pas les classes sociales : elles sont plutôt une « médiation » nécessaire entre d'une part l'ensemble des capitalistes ou des travailleuses et des travailleurs partageant une position « objective » de classe (classes « en soi ») et d'autre part l'identification subjective de ces capitalistes ou travailleuses et travailleurs individuels à une classe constituée en tant qu'actrice socio-politique consciente de ses intérêts et dotée d'un point de vue commun (classes « pour soi »).

Il en découle que les classes sociales et leur point de vue ne peuvent être *réduits* aux organisations qui les « représentent » (et qui contribuent à les « construire »). Ceci

---

[128] Quant à l'oppression raciste, si elle peut sembler très loin de prime abord de l'histoire des CLSC, qu'il suffise de mentionner que les luttes pour les droits civiques (anti-racistes) aux États-Unis ont joué un rôle majeur non seulement dans l'émergence et la consolidation de l'État-providence états-unien (Cloward et Piven, 1971 et 1982 ; Ehrenreich et Piven, 2006), mais aussi dans la création des Neighborhood Health Centers (Taylor, 2004 ; National Association of Community Health Centers, [s. d.]), qui ont en partie inspiré le modèle des centres locaux de santé imaginés par les commissaires de la CESBES et institutionnalisés sous la forme des CLSC par la LSSSS de 1971.

s'observe avec une acuité particulière lors des épisodes, constatés dans de nombreuses analyses historiques, de contestation spontanée ou de « dépassement » des directions syndicales ou de partis politiques par leur propre base (ex : grèves « sauvages », défiance des mots d'ordre modérateurs, etc.)[129]. Les épisodes de répression de luttes ouvrières par des gouvernements socio-démocrates ou « socialistes » en sont aussi l'illustration[130]. Plus largement, le rôle joué historiquement par les directions et les bureaucraties des syndicats et des partis ouvriers pour modérer les revendications ouvrières et les maintenir dans des limites acceptables pour le capital est aussi souligné par plusieurs[131].

Cependant, même si les organisations de classe peuvent, en tant que « médiation », contribuer à l'aliénation des classes qu'elles sont supposées « représenter », même si elles ne *sont* pas les classes sociales, elles jouent néanmoins, comme cela a été discuté plus haut (voir *supra*, section 0.3.3), un rôle central dans le processus de formation des classes sociales, et c'est à travers elles non seulement que s'expriment mais aussi que se construisent les points de vue de classe. En cela, elles peuvent être considérées comme des indicateurs pertinents de ces points de vue. Par ailleurs, des considérations pragmatiques justifient également ce choix. En effet, les organisations de classe sont une des manifestations les plus tangibles des classes sociales et de leur point de vue ou, autrement dit, une de leur matérialisation importante. En termes méthodologiques, elles en constituent une des principales formes empiriquement observables[132].

---

[129] Nous verrons que de tels épisodes deviendront particulièrement fréquents dans plusieurs pays occidentaux (ainsi qu'au Québec) durant les années 1960-1970 (voir *infra*, chapitre 7 et 9).

[130] Le plus dramatique étant probablement l'écrasement, au début du XX^{e} siècle, de la révolte spartakiste par le gouvernement social-démocrate de la République de Weimar.

[131] Voir notamment Miliband, (1982, p. 178-181), Levine (2002, empl. 2548-2565) et Swartz (1977, p. 315).

[132] À cela s'ajoute les actions concrètes comme les grèves, manifestations et diverses formes de contestations sociales qui peuvent être initiées par ou parfois en dehors de ces organisations. Ces manifestations observables des classes sociales occupent aussi une place importante dans la thèse au niveau de l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes. Cet autre angle d'approche permettra ainsi de rendre compte, au moins en partie, des tensions ou divergences éventuelles entre les organisations de classe et leur « base » (voir *infra*, chapitre 7 et 9).

Une partie significative de la recherche est donc consacrée à documenter et à analyser les revendications et visions du monde de ces organisations en matière socio-sanitaire, en tenant compte de leur évolution historique. Précisons cependant que l'analyse du processus de formation des classes capitaliste et laborieuse au Québec déborde largement les limites de la thèse et qu'en cela, elle a été écartée de la démarche de recherche, même si l'analyse de l'évolution des points de vue de classe pourra donner certaines indications indirectes à cet égard.

Par ailleurs, la démarche tente également de restituer les variantes qui peuvent se manifester au sein d'un même point de vue de classe. En effet, il ne s'agit pas d'affirmer ici que le point de vue de chacune des classes tel qu'il est exprimé empiriquement par leurs organisations est homogène ou exempt de toutes contradictions. Nous avons vu au contraire que l'unité politique et idéologique des classes sociales n'est pas donnée automatiquement par leur positionnement objectif dans les rapports de production, d'autant plus que la dynamique de ces rapports sociaux produit non seulement des tendances à la solidarisation, mais aussi effets de dislocation[133]. C'est d'ailleurs dans cette optique que nombre d'analyses tiennent compte des dynamiques instillées par les tensions entre les diverses « fractions de classe ».

Néanmoins, sur les enjeux socio-sanitaires, ce sont des points de vue de classe relativement unifiés qui sont globalement ressortis de la recherche documentaire, surtout en ce qui concerne la classe capitaliste, dont nous pourrons constater la continuité historique importante des positions sur les questions de santé[134]. Du côté de

---

[133] Ajoutons que, à la division structurelle de la société entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs s'ajoute la division tout aussi structurelle de la société patriarcale entre hommes et femmes ainsi que d'autres formes d'oppression qui rendent inconcevable la perspective de points de vue de classe parfaitement homogènes et unifiés. Ces considérations – qui se sont manifestées dans la théorie du point de vue féministe sous la forme de « l'enjeu de la différence » – ont d'ailleurs conduit cette théorie à des révisions importantes. À ce sujet, voir notamment Hekman (2004) et Harding (2004a et b). Les motifs qui justifient les limites de la thèse à cet égard ont été présentés plus haut.

[134] L'analyse soulignera néanmoins les positions parfois divergentes de certaines fractions de cette classe en ce qui concerne la question plus large des politiques sociales en général. Voir notamment *infra*, chapitre 1.

la classe des travailleuses et des travailleurs, l'analyse rendra compte de certaines divergences dans l'évolution des positions défendues par les diverses centrales syndicales sur ces questions, ainsi que des différences entre ces positions et la conception de la santé portée par le mouvement populaire. Cependant, nous verrons que sur la question de la création des CLSC et de la Réforme des affaires sociales, les diverses organisations de la classe des travailleuses et des travailleurs ont présenté un front plutôt uni et que, plus largement, la période cruciale des années 1960-1970 a été marquée par une convergence idéologique et politique importante des différents mouvements sociaux et syndicaux.

Dans ce contexte, une analyse fine des rapports entre fractions de classe n'est pas apparue essentielle à la compréhension de l'histoire des CLSC. De plus, compte tenu du fait qu'elle aurait impliqué l'approfondissement d'une recherche documentaire déjà considérable, elle a été écartée, et l'analyse se concentre surtout sur le rôle des rapports entre les classes capitaliste et laborieuse appréhendée dans leur ensemble (et ce même si les divergences qu'a permis de constater la recherche documentaire sont soulignées).

En ce qui concerne le rapport de force entre les classes, qui joue aussi un rôle central dans l'analyse, notons que, sur le plan méthodologique, il est possible d'identifier plusieurs manifestations empiriques de son évolution. Des indicateurs tels que le nombre de jours de grève, le taux de chômage, la croissance économique, l'intensité des manifestations et des autres formes de contestation sociale, la radicalisation/modération des revendications des travailleuses et des travailleurs, etc., seront utilisés pour analyser le caractère plus ou moins favorable du rapport de force pour les capitalistes ou les travailleuses et les travailleurs. Plusieurs précisions méthodologiques s'imposent cependant concernant l'utilisation de ce concept.

Rappelons d'abord que ce concept est ici défini dialectiquement, ce qui implique de l'appréhender de manière relationnelle et historique. Dans cette optique, les conditions dans lesquelles se déroulent les luttes ne sont pas considérées comme déterminant

mécaniquement celles-ci de l'extérieur. Au contraire, les luttes et les conditions de luttes sont considérées comme mutuellement constitutives (voir *supra*, section 0.3.2). Autrement dit, les luttes et leurs manifestations sont en même temps des conditions de la lutte, et les conditions de la lutte sont en même temps elles-mêmes des luttes (historiquement « cristallisées »).

Par exemple, la radicalisation du mouvement syndical est à la fois le résultat, la manifestation et la condition d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs. La même chose peut être affirmée de la plupart des gains sociaux qui résultent des luttes populaires (protection sociale, droits syndicaux, politiques de plein-emploi, etc.). En cela, le concept de rapport de force ainsi défini ne se prête pas à un processus méthodologique « d'opérationnalisation » en indicateurs qui pourraient être clairement identifiés comme variables dépendantes et indépendantes puisque ce concept renvoie à un processus dynamique (historique) dans lequel les effets se transforment en causes et vice-versa.

En effet, l'approche dialectique – qui, comme on l'a vu, se caractérise aussi par l'impératif d'analyser les phénomènes à partir de la « totalité » (voir *supra*, sections 0.3.1 et 0.4.1) – implique également de concevoir le rapport de force de manière holistique, et donc comme un phénomène global, complexe et en mutation constante, aux déterminations et aux effets tout aussi globaux, complexes et dynamiques. Dans cette perspective, le rapport de force ne peut être appréhendé comme pouvant être décomposé en une multitude de rapports de cause à effet spécifiques et clairement identifiables. De même, s'il est possible d'identifier certains mécanismes par lesquels les rapports de classe s'inscrivent au sein de l'État, de ses institutions (dont le système socio-sanitaire) et de ses politiques (dont les politiques de santé) (voir *supra*, section 0.3.4.2), il reste que plusieurs des médiations par lesquelles l'évolution « macro » du rapport de force produit des effets « micro » sur l'État, sur le système socio-sanitaire et sur les diverses actrices et acteurs socio-politiques sont beaucoup trop globales et

diffuses pour pouvoir être réduites en indicateurs précis ou « opérationnalisées » en « mécanismes » spécifiques directement observables ou mesurables.

Il en résulte qu'une démonstration causale conforme aux standards épistémologiques positivistes est évidemment impossible à produire lorsqu'il s'agit d'évaluer les effets du rapport de force entre les classes sur l'État et sur les réformes qu'il entreprend (notamment dans le domaine socio-sanitaire), même si certains mécanismes ou impacts plus directs peuvent être identifiés. Dans cette optique, il peut devenir nécessaire d'avoir recourt en partie à une démonstration corrélative qui, comme ce sera le cas ici, met en relation l'évolution « macro » du rapport de force avec l'évolution « micro » du système socio-sanitaire et fonde son argumentaire sur la convergence dans le sens de la thèse défendue des éléments d'analyse recueillis[135].

Par exemple, il est impossible de « prouver » les effets sur l'atmosphère idéologique ambiante de l'état du rapport de force entre les classes (ou l'inverse, puisque l'atmosphère idéologique influence aussi le – ou participe aussi au – rapport de force), et il est tout aussi impossible de « prouver » que c'est cette atmosphère générale qui explique les dispositions idéologiques globales des actrices et des acteurs socio-politiques ou du domaine de la santé. Il est cependant possible de constater une

---

[135] Précisons néanmoins que la stratégie de présentation, qui expose dans des chapitres distincts ces deux évolutions « macro » et « micro » plutôt que de les intégrer dans un récit continu, peut accentuer l'impression d'une démonstration *strictement* corrélative. Or, nous verrons que plusieurs éléments d'analyse – notamment des pressions directes organisées, mais aussi d'autres « mécanismes » d'inscription des rapports de classe au sein de l'État, de ses institutions (dont le système socio-sanitaire) et de ses politiques (dont les politiques de santé) – contribuent à illustrer le passage des rapports de force entre les classes à la politique socio-sanitaire de l'État. Ces « mécanismes » renvoient évidemment à ceux identifiés par les divers courants de la théorie marxiste de l'État (voir *supra*, section 0.3.4.2) et, comme cela a été annoncé précédemment (voir *supra*, section 0.3.4.3), l'analyse réalisée dans la thèse permettra d'illustrer plusieurs d'entre eux (voir *infra*, section 10.2.3 pour les principales conclusions à ce sujet) Précisons par ailleurs que ce type de démonstration plus « corrélative » est fréquent dans les analyses socio-historiques marxistes. C'est le cas notamment des analyses de Navarro, dont la démonstration consiste généralement à mettre en parallèle, pour chaque période analysée, l'évolution globale de la structure de classe et des rapports de forces dans l'ensemble de la société avec l'évolution du système de santé (Navarro, 1978). C'est le cas aussi de Cloward et Piven, qui mettent en parallèle les épisodes de montée et de reflux de la contestation sociale avec ceux d'expansion et de retrait de l'aide sociale aux États-Unis (1971).

corrélation forte entre ces trois éléments ainsi qu'une convergence de plusieurs éléments d'analyse allant dans le même sens. En l'absence d'indications contraires, il devient raisonnable de considérer que toutes ces « coïncidences » contribuent à appuyer la thèse d'un effet des rapports de force sur l'État et sur le système socio-sanitaire.

0.4.3 Sources principales

0.4.3.1 Les entretiens

Une partie significative de l'analyse qui suit s'appuie sur une série d'entretiens individuels semi-dirigés menés auprès d'actrices et d'acteurs ayant participé à l'implantation des premiers CLSC durant les années 1970. Un des objectifs principaux ayant motivé ces entretiens était de comparer l'évolution du modèle initial des CLSC dans sa définition « formelle » avec l'évolution du modèle tel qu'il s'est effectivement réalisé sur le terrain. Cette démarche, dont les principaux résultats sont présentés au chapitre 8, a permis de parvenir à au moins deux constats, dont le second était tout à fait inattendu : 1) celui d'une certaine distance entre le modèle des CLSC officiellement institutionnalisé dans la LSSSS de 1971 et celui qui est implanté sur le terrain durant les années 1970 ; 2) celui d'un certain décalage temporel entre le moment où le ministère amorce la redéfinition du modèle initial des CLSC (redéfinition qui est pour l'essentiel achevée dès 1977) et le moment où ce virage sera ressenti sur le terrain (durant la première moitié des années 1980). De plus, et bien que ce n'était pas le but recherché en conduisant ces entretiens, ils ont aussi contribué à enrichir l'analyse de l'évolution du rapport de force au Québec, en particulier pour les années 1960, 1970 et 1980. C'est donc finalement l'ensemble de la Partie 2 de la thèse qui a bénéficié de ces entretiens.

L'échantillon des personnes ayant participé aux entretiens ne prétend pas à la représentativité. Néanmoins, il est possible d'en tirer des indications précieuses qui seraient autrement restées inaccessibles. Ainsi, l'échantillon compte une forte surreprésentation d'hommes par rapport aux femmes ainsi qu'une proportion plus grande d'organisatrices et d'organisateurs communautaires. S'il est plus difficile d'expliquer la sous-représentation des femmes, la surreprésentation des organisatrices et des organisateurs communautaires se justifie toutefois par le fait que déjà au moment de l'analyse des documents d'orientation ministériels sur les CLSC, analyse réalisée avant les entretiens, il apparaissait clairement que l'action communautaire était un point névralgique pour comprendre l'évolution du modèle initial des CLSC, et notamment sa remise en question dès 1974.

Le recrutement des participantes et des participants s'est d'ailleurs fait en partie par l'intermédiaire d'une annonce qu'a fait circuler auprès de ses membres le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire. Les autres participantes et participants ont été soit ciblés en raison du fait qu'il s'agit d'actrices ou d'acteur connus du milieu ou ayant joué un rôle important dans l'histoire des CLSC, du syndicalisme et/ou de l'action communautaire au Québec, soit recrutés par l'intermédiaire de contacts avec des personnes en lien avec le réseau socio-sanitaire (bouche à oreille).

À l'exception d'un cas, l'anonymat a été garanti aux personnes ayant participé aux entretiens, et les résultats sont présentés de manière à s'assurer que l'identité des personnes demeure confidentielle. Les entretiens, d'une durée moyenne d'environ 1h30, ont été menés en personne et ont tous été enregistrés, sauf un entretien qui a été conduit au téléphone et qui pour cette raison n'a pas pu être enregistré. Les entretiens ont été réalisés au printemps et à l'été 2015, à l'exception du dernier entretien qui s'est déroulé au printemps 2016.

Un total de 19 personnes a participé aux entretiens, et deux d'entre elles ont été rencontrées ensemble, ce qui signifie que 18 entretiens ont été menés. Sur les 19 personnes, 16 sont des hommes et seulement trois sont des femmes. Trois personnes parmi les 19 interrogées ont été impliqués non pas dans un CLSC mais bien dans trois différentes cliniques populaires de Montréal durant les années 1960-1970. Certaines personnes ont été impliquées dans plus d'un CLSC, et quelques personnes ont été impliquées dans le même CLSC. Au total, en plus des trois cliniques populaires, ce sont 15 CLSC qui sont concernés par les entretiens. Ces 15 CLSC sont répartis dans ce qui correspond aujourd'hui à huit territoires de Centre intégré (universitaire ou non) de santé et de services sociaux différents : Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Est-de-l'Île-de-Montréal, Montérégie-Ouest, Montérégie-Centre, Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides. La majorité se trouve en milieu urbain ou semi-urbain, mais une partie significative est (ou était à l'époque) en milieu rural ou semi-rural, ou bien se trouvait en milieu semi-urbain tout en desservant des milieux ruraux par le biais de points de services.

Parmi les 19 personnes interrogées se trouvent : huit organisateurs communautaires et une organisatrice communautaire ; cinq médecins (dont une femme) ; trois directeurs de CLSC (dont un qui entre aussi dans la catégorie des médecins, un qui entre aussi dans la catégorie des organisateurs et des organisatrices communautaires et un autre qui a par la suite œuvré comme administrateur dans un Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS)) ; une infirmière ; et deux hommes ayant été impliquées à titre de citoyens. A aussi participé aux entretiens l'ancien ministre des Affaires sociales et ancien président de la CESBES, Claude Castonguay, généralement considéré comme le « père » non seulement de l'assurance-maladie au Québec, mais aussi de l'ensemble de la Réforme des Affaires sociales, et en particulier des CLSC. Si les entretiens menés auprès des personnes ayant été directement impliquées sur le terrain ont permis de constater une certaine distance entre le modèle « formel » et le modèle « réel » des

CLSC, l'entretien avec Castonguay est riche en enseignement sur le point de vue et les intentions des réformatrices et des réformateurs qui ont concrétisé le modèle des CLSC.

0.4.3.2 Les sources de première main

Les sources de première main ont surtout permis de documenter : 1) les points de vue de classe en matière socio-sanitaire tels qu'ils s'expriment au Québec durant les années 1960-1970 ; 2) l'évolution du modèle initial des CLSC entre 1970 et 1981, ainsi que le point de vue des réformatrices et des réformateurs et des dirigeantes et des dirigeants du MAS durant la même période ; 3) au moins partiellement : l'histoire de l'État-providence québécois et l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec entre la fin des années 1960 et le début des années 1980 ; 4) les rapports de classe à l'œuvre derrière certains des facteurs qui interviennent dans la littérature sur les CLSC.

En ce qui concerne les points de vue de classe, précisons d'abord que les organisations retenues comme matériau de base pour dégager ces points de vue ont été pour la plupart choisies parce qu'elles sont généralement considérées comme « représentatives » des travailleuses et des travailleurs d'une part, et du milieu des affaires d'autre part[136]. Cependant, le caractère représentatif de ces organisations doit être compris à la lumière des réflexions précédentes sur le rôle des organisations de classe dans la médiation entre classes « en soi » et « pour soi » (voir *supra*, sections 0.3.3 et 0.4.2).

En cela, elles ne « représentent » évidemment pas les positions de l'ensemble des capitalistes ou des travailleuses et des travailleurs individuels, et elles peuvent même se retrouver dépassées ou en opposition frontales avec celles et ceux qu'elles sont supposées représenter. Néanmoins, le rôle crucial qu'elles jouent dans la constitution

[136] La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles fait ici exception : comme cela est expliqué un peu plus loin, elle a plutôt été choisie pour le caractère radical de la conception de la santé qu'elle incarne.

des classes comme actrices socio-politiques conscientes et, conséquemment, le fait qu'elles contribuent non seulement à *l'expression* mais aussi à la *construction* des points de vue de classe justifient de les considérer comme une des principales manifestations empiriques des classes sociales et de leur point de vue[137].

Du côté de la classe des travailleuses et des travailleurs, les principales sources consultées et analysées sont : 1) les mémoires déposées par les grandes centrales syndicales (FTQ, CSN, CEQ) durant les travaux de la CESBES, lors des audiences tenues durant le processus d'adoption de la Loi sur l'assurance-maladie et lors de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65 (qui mènera à l'adoption de la LSSSS de 1971) ; 2) les débats tenus durant les travaux de cette commission parlementaire, qui incluent les prises de position non seulement des grandes centrales syndicales, mais aussi de plusieurs groupes populaires ; 3) le Fonds d'archives de la FTQ pour la période qui couvre la fin des années 1950 à la fin des années 1970 (ce Fonds inclut notamment plusieurs mémoires portant sur les enjeux socio-sanitaires rédigés conjointement avec les autres grandes centrales syndicales du Québec) ; 4) plusieurs procès-verbaux des congrès, des rapports moraux du président et d'autres publications de la CSN durant les années 1960-1970 ; 5) le Fonds d'archives de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles pour la période qui couvre les années 1968 à 1974 (c'est-à-dire de la fondation de la Clinique aux premières négociations liées à son intégration dans le réseau des CLSC)[138].

Malheureusement, le Fonds d'archives de la CSN, et donc de la Fédération des Affaires sociales (FAS), est resté inaccessible pour des raisons techniques[139]. Ceci est d'autant

---

[137] C'est aussi sur cette base, et bien sûr pour alléger la présentation, que les termes de « classe capitaliste » et de « classe des travailleuses et des travailleurs » seront très souvent utilisées comme un raccourci pour désigner des actions et prises de positions qui sont en fait celles des organisations de classe.

[138] Précisons que la recherche documentaire concernant la CCPSC a fait l'objet d'une première publication (Plourde, 2013) et a été utilisée dans deux publications subséquentes (Plourde, 2014 ; 2016).

[139] La demande d'accès aux archives a été refusée parce que la CSN – et son fonds d'archives – étaient en déménagement au moment de la recherche documentaire.

plus dommage que la FAS occupe une position névralgique dans le système socio-sanitaire québécois, et en particulier au sein des CLSC : en effet, en plus d'être un des syndicats les plus combatifs de la province (voir *infra*, chapitre 9), elle syndique à l'époque la grande majorité des travailleuses et des travailleurs de CLSC, indépendamment de leur statut professionnel. Plusieurs médecins de CLSC ont même tenté de se syndiquer avec la FAS (avant que la FMOQ ne parvienne à imposer son monopole (entretiens 3 et 15)). Des sources de secondes mains (en particulier Jetté, 1997 et Desrochers *et al.*, 1997) et les entretiens permettent néanmoins de palier partiellement à cette lacune involontaire.

Par ailleurs, outre le fait qu'il permet de tenir compte des distinctions entre le point de vue porté par le mouvement syndical et celui incarné par le mouvement populaire, l'intérêt particulier porté à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles trouve plusieurs justifications qui méritent d'être exposées. Tout d'abord, le mouvement des cliniques populaires autonomes, qui émerge d'abord aux États-Unis durant les années 1960 et qui est rapidement repris au Québec, peut certainement être considéré comme un des porteurs importants du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs au cours de cette période. En cela, il s'agit d'un lieu privilégié pour documenter ce point de vue. De plus, ce mouvement s'implante au Québec durant les mêmes années où se déroulent les travaux de la CESBES qui donneront naissance aux CLSC. Selon plusieurs analyses, le modèle des cliniques populaires aurait d'ailleurs, au moins indirectement, influencé la forme particulière prise par le modèle des CLSC (Lesemann, 1979, 1981; Jetté, 2008; Lévesque et Vaillancourt, 1998). La comparaison entre le modèle des CLSC et celui développé par les cliniques populaires permet donc de mesurer la distance entre les revendications populaires (ou le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs) et leur traduction dans une réforme étatique. En d'autres termes, elle donne des indications précieuses quant à la capacité de l'État à aller dans le sens des revendications populaires en matière de santé et quant à la nature des limites qui pèsent sur cette capacité.

Quant au choix de concentrer la recherche sur le modèle de la CCPSC, il s'explique également de plusieurs manières. D'abord, limiter la recherche à une seule clinique permet une démarche qualitative plus approfondie. Ensuite, la CCPSC, qui est une des premières cliniques à avoir été développée au Québec, est reconnue comme un des modèles de cliniques populaires les plus novateurs et les plus réussis (Godbout et Martin, 1974 ; Shragge, 1990). Il s'agit d'ailleurs d'une des seules cliniques populaires de l'époque à être encore en fonction aujourd'hui. Ce modèle particulier n'a donc pas été choisi pour son caractère représentatif du mouvement des cliniques populaires. Au contraire, nous avons vu que le cadre théorique choisi insiste sur les dimensions du point de vue des groupes dominés les plus susceptibles de se poser en alternatives radicales aux modèles prédominants. C'est justement pour le caractère radicalement alternatif de sa conception de la santé, de ses pratiques et de son mode de gestion que le modèle de la CCPSC a été privilégié. C'est aussi dans cette optique que la recherche s'est concentrée sur le modèle *initial* de la Clinique, dont la radicalité s'est par la suite atténuée (Plourde, 2013).

Du côté de la classe capitaliste, les principales sources consultées et analysées sont : 1) les mémoires déposés par les grandes organisations du milieu des affaires (Chambre de commerce de la province de Québec, Association canadienne des manufacturiers, Canadian Health Insurance Association et Association canadienne des fabricants en pharmacie) devant la CESBES et lors des audiences tenues durant le processus d'adoption de la Loi sur l'assurance-maladie ; 2) les prises de position de l'Association des directeurs et des établissements privés de santé et de bien-être lors des débats en Commission parlementaire entourant le projet de loi 65[140] ; 3) les mémoires annuels soumis au gouvernement du Québec par la Chambre de commerce de la province de Québec et le Conseil du patronat du Québec durant les années 1960 et 1970 ; 4) diverses

[140] Il s'agit d'une des seules organisations proches du milieu des affaires à avoir déposé un mémoire concernant le projet de loi 65 et à avoir témoigné devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi. Cette apparente quasi-absence de la classe capitaliste du débat entourant l'adoption de la loi qui donnera naissance aux CLSC est discutée au chapitre 6.

publications officielles périodiques (destinées aux membres) de ces deux mêmes organisations pour la période couvrant les années 1960-1970.

Ici, il faut préciser que les sources concernant le milieu des affaires québécois sont assez parcellaires, surtout en ce qui concerne les mémoires annuels (très peu ont pu être retrouvés) et les publications périodiques (plusieurs numéros sont manquants). Il est donc probable que des prises de position significatives de la classe capitaliste en matière de santé ont échappé à la recherche et à l'analyse. Néanmoins, il a été possible de retirer de la documentation disponible suffisamment de données utiles pour atteindre les objectifs de la thèse.

Concernant l'évolution du modèle initial des CLSC (qui nous informe du même coup de l'évolution du point de vue des réformatrices et des réformateurs et des dirigeantes et dirigeants politiques qui créent et mettent en œuvre ce modèle), les principales sources consultées et analysées sont : 1) le rapport de la CESBES, en particulier le volume sur l'assurance-maladie et les quatre tomes du volume sur la santé ; 2) le projet de loi 65 de 1971, qui inclut la création des CLSC ; 3) la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) de 1971, qui officialise le projet de loi 65, ainsi que les versions successives de cette loi durant les années 1970 et 1980 ; 4) les documents d'orientations et autres publications du MAS concernant les CLSC ; 5) les allocutions et conférence de presse des ministres qui se succèdent au MAS durant les années 1970 et 1980 ; 6) les débats à l'Assemblée nationale, notamment au moment de l'adoption de la LSSSS ainsi qu'au moment où s'amorce la remise en question des CLSC, en 1974 ; 7) certains rapports commandés par le ministère ou le gouvernement durant les années 1970 et 1980.

En plus des sources concernant la classe des travailleuses et des travailleurs, la classe capitaliste et l'évolution du modèle initial des CLSC, des sources de première main concernant les grands acteurs dominants du système socio-sanitaire (c'est-à-dire principalement les médecins et les administrations hospitalières) ont aussi été

consultées, mais de manière plus superficielle et sans être l'objet d'une analyse approfondie. En particulier, les mémoires soumis à la CESBES par la Fédération des médecins spécialiste du Québec (FMSQ) et par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont été consultés. Les témoignages de ces deux groupes et de certaines associations d'hôpitaux devant la Commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65 ont aussi été consultés. Enfin, il en va de même pour certains numéros du périodique officiel de la FMOQ.

0.4.3.3 Les sources de seconde main

Les sources de seconde main ont quant à elles permis de documenter tout ce qui, dans l'analyse, déborde l'histoire spécifique du domaine socio-sanitaire au Québec durant les années 1960-1970. Ainsi, c'est en bonne partie à partir de sources de seconde main que sont analysés : 1) les points de vue de classe en matière socio-sanitaire tels qu'ils s'expriment au Québec et hors Québec avant les années 1960 ; 2) l'évolution du rapport de force entre les classes, y compris au Québec (même si, pour la province, des sources de première main sont aussi mobilisées) ; 3) l'histoire de l'État-providence, y compris au Québec (même si, ici aussi, des sources de première main sont également utilisées dans le cas du Québec) ; 4) certains facteurs intervenant dans les analyses recensées et derrière lesquels il s'agissait de rechercher des rapports de classe.

Évidemment, la recherche documentaire effectuée ici ne visait pas à épuiser la littérature sur l'ensemble de ces sujets. L'analyse s'appuie plutôt généralement sur une sélection non exhaustive de sources de seconde main, retenues parce qu'elles donnent des indications sur les points de vue de classe, sur l'évolution du rapport de force entre les classes et/ou sur le rôle joué par les classes capitaliste et laborieuse dans les développements historiques liés au domaine socio-sanitaire et, plus largement, à l'État-

providence. Ceci signifie bien sûr que la littérature marxiste a été généralement privilégiée (ce qui va de soi considérant le cadre théorique choisi), même si des sources plus éloignées (voire même critiques) du marxisme ont aussi été utilisées.

0.4.4 Le plan de la thèse

La thèse est divisée en deux grandes parties. La première partie est principalement consacrée à l'analyse des points de vue de classe sur la santé et les politiques sociales, alors que la seconde est consacrée plus directement à l'évolution du modèle initial des CLSC, analysée à partir des points de vue de classe dégagés dans la Partie 1 et à partir de l'évolution du rapport de force entre les classes, qui est quant à elle présentée dans la Partie 2 en parallèle avec l'évolution du modèle initial des CLSC. Si l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes occupe une place centrale dans la seconde partie de la thèse, certaines indications quant à cette évolution sont néanmoins aussi présentes dans la première partie. De même, si l'essentiel des points de vue de classe est clarifié dans la Partie 1, certaines précisions à cet égard s'ajoutent également dans la Partie 2.

0.4.4.1 Partie 1

La Partie 1 prend la forme d'une analyse historique des points de vue de classe en matière socio-sanitaire qui se construisent et se transforment durant la période comprise entre la seconde moitié du XIXe siècle et la fin des années 1960. Dans cette première partie, l'analyse se concentre surtout sur le Québec, mais s'appuie dans certains cas sur les développements extérieurs à la province lorsque cela est pertinent. Parallèlement aux points de vue de classe se construit également au cours de cette période le système

socio-sanitaire québécois, ce qui signifie que c'est à cette époque que se constituent plusieurs des « contraintes structurelles » propres à ce système qui pèseront sur les actrices et les acteurs sociaux au moment où s'amorcera la Réforme des Affaires sociales. La Partie 1 est donc aussi l'occasion de montrer comment des rapports de classe sont à l'œuvre derrière certains des facteurs qui interviennent dans les analyses des CLSC recensées.

Précisons que bien que la présentation prenne ici en partie la forme d'une histoire du système socio-sanitaire québécois depuis le XIXe siècle, l'objectif n'est évidemment pas de faire un récit complet ou une analyse exhaustive de cette histoire. La présentation sera plutôt articulée de manière à faire ressortir les points de vue de classe sur certains thèmes précis. Certains de ces thèmes ont été choisis parce qu'ils concernent des développements historiques liés aux facteurs qui apparaissent comme importants dans la littérature sur les CLSC : développement de la médecine scientifique et de la profession médicale à la fin du XIXe siècle et virage hospitalo-centrique du domaine de la santé durant la première moitié du XXe siècle. D'autres thèmes ont plutôt été retenus parce qu'ils se présentent comme incontournables dans la construction des points de vue de classe et dans l'histoire du système socio-sanitaire (c'est le cas des assurances sociales et, plus spécifiquement, de l'assurance-santé, qui commencent à émerger comme enjeu social dès le début du XXe siècle, mais qui prennent de l'ampleur à partir des années 1920 avec l'intensification des luttes entourant la santé et sécurité au travail).

Si l'assurance-santé concerne surtout le financement de *l'accès* au système socio-sanitaire, le thème de *l'organisation* du système socio-sanitaire, qui s'impose au Québec surtout à partir des années 1950, est aussi apparu comme essentiel dans la mesure où il est directement lié à certaines des motivations ayant conduit à la création du modèle des CLSC. Enfin, les thèmes des premières interventions étatiques dans le domaine la santé publique et des premières luttes pour la santé et sécurité au travail,

qui se produisent dans les deux cas durant la seconde moitié du XIXe siècle, constituaient une voie d'accès privilégiée pour comprendre certains aspects fondamentaux des points de vue de classe en matière de prévention (ce qui, comme nous le verrons dans la Partie 2, renvoie à l'une des dimensions importantes du modèle des CLSC).

La Partie 1 est constituée de quatre chapitres (chapitres 1 à 4) présentés en ordre chronologique. Le chapitre 1 est en quelque sorte un prologue à cette partie et vise à présenter brièvement les grands principes qui gouvernent les points de vue de classe en matière de politiques sociales (et par extension, en matière socio-sanitaire). Le chapitre 2, consacré aux points de vue de classe sur la santé durant la seconde moitié du XIXe siècle, s'articule autour des quatre thèmes suivants : le développement de la médecine scientifique et la professionnalisation de la médecine ; les premières interventions étatiques dans le domaine de la santé publique ; les sociétés ouvrières de secours mutuel ; et les premières luttes ouvrières pour la santé et sécurité au travail. Ce chapitre est l'occasion de revisiter, dans une perspective de classe, deux des facteurs qui structurent le système socio-sanitaire et qui interviennent dans la littérature sur les CLSC : la domination de la conception libérale, curative et individualiste de la médecine et, corrolairement, la puissance des médecins comme actrices et acteurs du système socio-sanitaire.

Le chapitre 3 porte sur les points de vue de classe en matière de santé durant la première moitié du XXe siècle, notamment en ce qui concerne les assurances sociales et l'accès aux soins. En effet, ce chapitre s'intéresse particulièrement aux rapports de classe qui se profilent derrière l'émergence des assurances sociales comme forme privilégiée de politique de sécurité sociale – ce qui aura bien sûr un impact important sur la forme que prendra éventuellement le système socio-sanitaire puisque, comme on le sait, celui-ci est depuis le tournant des années 1970 largement organisé autour de l'accès aux soins par le biais de l'assurance-maladie publique et universelle. De plus, ce chapitre

s'attarde, toujours dans une perspective de classe, à un autre facteur jugé important dans les analyses recensées : le caractère hospitalo-centrique du réseau socio-sanitaire (et donc la puissance des administrations hospitalières au sein de ce réseau).

Le chapitre 4 est entièrement dédié aux points de vue de classe tels qu'ils s'expriment au Québec durant les années 1960, en particulier au sujet de l'assurance-maladie et de l'organisation du système socio-sanitaire, mais aussi plus globalement en ce qui concerne les politiques sociales et le rôle de l'État en matière socio-sanitaire. Bien qu'il ne s'y limite pas, ce sont les débats ayant entouré les travaux de la CESBES qui sont au cœur du chapitre. En cela, il est aussi l'occasion d'aborder dans une perspective de classe un autre facteur important de la littérature sur les CLSC : l'idéologie des réformatrices et des réformateurs ayant créé le modèle des CLSC ou, dans les termes des auteurs plus critiques, de l'élite ou de la classe technocratique émergeante. Ce chapitre est également l'occasion de présenter les nuances qui s'imposent, au sein de la classe des travailleuses et des travailleurs, entre le point de vue porté par le mouvement syndical et celui porté par le mouvement populaire, qui émerge au Québec durant les années 1960.

0.4.4.2 Partie 2

La Partie 2 prend elle aussi la forme d'une analyse historique qui place en parallèle (pour éventuellement les relier) l'évolution du modèle initial des CLSC et l'évolution du rapport de force entre les classes. Cette partie présente donc, en quelque sorte, une double analyse qui se situe sur deux échelles de temps et à deux niveaux de généralité très différents : d'une part, une analyse spécifique, approfondie et détaillée de

l'évolution du modèle initial des CLSC qui se limite aux années 1970 à 1981[141] ; d'autre part, une analyse très large de l'évolution du rapport de force entre les classes qui, si elle s'attarde particulièrement au Québec et aux années 1960 et 1970 (jusqu'au début des années 1980), remonte jusqu'à la fin du XIXe siècle et porte plus largement sur les grandes tendances internationales (et canadiennes).

En filigrane de cette analyse plus large se trouve également une analyse (elle aussi très large) qui présente les grandes lignes de l'évolution de l'État-providence dans le monde occidental (ainsi que, de manière plus approfondie, au Canada et au Québec) et qui se déploie également sur la période qui couvre la fin du XIXe siècle au début des années 1980. Cette histoire de l'émergence, de la consolidation et de la crise de l'État-providence, qui ne prétend pas non plus à l'exhaustivité, est bien sûr analysée à partir de l'évolution du rapport de force entre les classes et constitue en même temps le contexte de la naissance et de la remise en question du modèle initial des CLSC.

La Partie 2 contient cinq chapitres (chapitres 5 à 9) qui sont ici aussi, pour l'essentiel, présentés en ordre chronologique. Plus précisément, les chapitres sont organisés en fonction de la question spécifique de recherche. En effet, si la Partie 1 doit surtout permettre, par l'analyse des points de vue de classe qui y est présentée, de jeter certaines bases essentielles à l'analyse conduite dans la Partie 2, c'est la question spécifique de recherche qui est directement au cœur de cette seconde partie. Rappelons que celle-ci concerne le rôle direct ou indirect joué par les rapports de classe (et plus particulièrement par les rapports entre la classe des travailleuses et des travailleurs et la classe capitaliste) dans la naissance des CLSC, dans la forme particulière prise par ce modèle et dans l'abandon rapide du modèle initial. Les trois premiers chapitres de

[141] En fait, le rapport de la CESBES, dont certains volumes sont publiés dès 1967, fait partie intégrante de cette analyse. Le volume sur la santé, dans lequel est formulée la toute première version « officielle » des CLSC, est quant à lui publié en 1970.

la Partie 2 sont donc consacrés à la naissance des CLSC et à la forme particulière prise par ce modèle, et les deux derniers s'attardent à l'abandon rapide du modèle initial.

Le chapitre 5 s'attarde à la première formulation « officielle » des CLSC, imaginés d'abord sous la forme de Centres locaux de santé (CLS) par la CESBES. Ce chapitre présente une analyse approfondie non seulement du modèle des CLS, mais aussi plus largement du point de vue de la Commission en matière socio-sanitaire. Ce point de vue et ce modèle sont minutieusement comparés tant au point de vue de la classe capitaliste qu'au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, et la distance entre le rapport de la Commission et chacun de ces points de vue est précisément mesuré. Ce chapitre complète donc en quelque sorte le précédent en abordant dans une perspective de classe l'idéologie des réformatrices et des réformateurs.

Le chapitre 6 est consacré à la forme particulière que prend le modèle initial des CLSC tel qu'il apparaît dans le projet de loi 65 de 1971 et tel qu'il est ensuite institutionnalisé dans la LSSSS de la même année. Si ces deux versions du modèle sont bien sûr comparées entre elles, elles sont aussi analysées à partir des points de vue de classe et, encore une fois, la distance qui sépare ces deux modèles tant du point de vue de la classe capitaliste que du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs est évaluée le plus précisément possible. L'analyse montre aussi dans quelle mesure le modèle des CLSC s'est, entre ces deux versions, rapproché/éloigné du point de vue de la classe capitaliste/de la classe des travailleuses et des travailleurs. De plus, si cette analyse se base évidemment sur les points de vue de classe dégagés dans la première partie de la thèse, elle s'enrichit également d'une analyse des points de vue de classe tels qu'ils s'expriment lors des débats ayant entouré l'adoption du projet de loi 65.

Alors que les chapitres 5 et 6 permettent de présenter la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC dans ses premières versions officielles et de voir dans quelle mesure ce modèle se rapproche ou s'éloigne de chacun des points de vue de classe, ils

ne permettent pas d'évaluer dans quelle mesure chacune des classes sociales en présence était au moment de la naissance des CLSC *capable d'imposer son point de vue*. Autrement dit, il ne suffit pas de montrer la correspondance entre le modèle initial des CLSC et un point de vue de classe, il faut aussi montrer que cette correspondance n'est pas le fruit d'une simple coïncidence et qu'elle est liée à la capacité de cette classe à imposer son point de vue.

Cette démonstration est au cœur du chapitre 7. Plus précisément, ce chapitre montre que la naissance des CLSC au Québec (et pas ailleurs) et la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC peuvent être analysées à partir de l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1960-1970. En cela, il complète les deux chapitres précédents pour offrir une réponse à la première partie de la question spécifique de recherche. Plus largement, ce chapitre est aussi l'occasion de situer la naissance des CLSC dans le processus d'émergence et de consolidation de l'État-providence au Québec et au Canada (lui-même situé dans l'évolution du rapport de force entre les classes). De même, sa perspective large et son approche historique longue (sont analysées ici les grandes tendances internationales dans l'évolution du rapport de force et dans le développement de l'État-providence depuis la fin du XIXe siècle jusqu'aux années 1970) permet de rendre visible les rapports de classe à l'œuvre derrière plusieurs facteurs qui interviennent dans la littérature sur les CLSC : initiatives du gouvernement fédéral dans le domaine socio-sanitaire, contexte socio-politique et idéologique de la Révolution tranquille, contexte institutionnel « providentialiste et fordiste », contexte économique. Cette approche permet également d'en arriver à certaines conclusions originales concernant les particularités de l'État-providence québécois.

Le chapitre 8 amorce l'analyse qui permettra, au terme du chapitre 9, de répondre à la dernière partie de la question spécifique de recherche, qui concerne le rôle des rapports de classe dans l'abandon rapide du modèle initial des CLSC. Le chapitre 8 est

principalement consacré à une analyse approfondie de l'évolution de ce modèle entre 1971 (au moment de sa naissance) et 1981 (au moment où le modèle initial des CLSC est clairement abandonné et largement redéfini par le ministère des Affaires sociales). Cette analyse concerne autant l'évolution du modèle « formel » (tel que défini par le ministère) que l'évolution du modèle « réel » (tel que mis en œuvre sur le terrain). Elle permet ainsi de constater une certaine distance entre les modèles formel et réel et un certain décalage dans leur évolution. Bien sûr, il s'agit encore une fois ici d'évaluer avec précision dans quelle mesure l'évolution du modèle (tant formel que réel) le rapproche/l'éloigne du point de vue de la classe capitaliste/de la classe des travailleuses et des travailleurs.

Enfin, le chapitre 9 complète cette première analyse de classe de l'abandon rapide du modèle initial des CLSC en la situant dans le contexte plus large de l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970-1980. Il permet de répondre à la dernière partie de la question spécifique de recherche en montrant une correspondance forte entre, d'une part, l'évolution du modèle par rapport aux points de vue de classe analysée au chapitre précédent et, d'autre part, l'évolution du rapport de force. Il montre aussi plus spécifiquement comment cette évolution du rapport de force a pu avoir un impact sur l'abandon rapide du modèle initial des CLSC. Comme au chapitre 7, cette évolution du modèle initial des CLSC, et en particulier sa remise en question, est situé plus largement dans le contexte de la « crise de l'État-providence » québécois et canadien, elle-même inscrite dans l'évolution du rapport de force au cours de cette période. Enfin, l'analyse de ces évolutions à partir des grandes tendances internationales qui marquent l'évolution du capitalisme (et de l'État-providence) durant les années 1970-1980 permet de faire voir les rapports de classe à l'œuvre derrière ce qui *dans toutes les analyses recensées* apparaît comme des contraintes objectives s'imposant de manière mécanique et inévitable aux principales actrices et acteurs de l'histoire des CLSC : les « contraintes budgétaires », elles-mêmes sous-tendues par le « contexte de crise économique » qui caractérise les années 1970 et 1980.

La thèse se conclut par un retour sur la littérature et sur la question spécifique de recherche qui permet de souligner les principales contributions de la thèse et, de ce fait, la pertinence de la méthode dialectique du marxisme. C'est aussi en conclusion qu'est abordée de front, à partir de l'analyse de l'histoire des CLSC développée dans la thèse, la question de la nature de l'État démocratique dans la société capitaliste, et plus spécifiquement de la capacité de cet État – ainsi que des limites qui pèsent sur cette capacité – à mettre en œuvre des réformes qui correspondent aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs. Sont alors illustrées, à partir de cette même analyse, certaines thèses de la théorie marxiste de l'État. Enfin, la thèse propose en terminant quelques pistes de recherche pour une éventuelle analyse féministe de l'histoire des CLSC.

PARTIE 1

POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE SOCIO-SANITAIRE

CHAPITRE 1

EN GUISE DE PROLOGUE : POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE POLITIQUES SOCIALES

La littérature marxiste sur les questions de santé étant relativement restreinte, elle pouvait difficilement être utilisée pour guider à elle seule la recherche visant à dégager les points de vue de classe en matière de santé[142]. Dans ce contexte, il est apparu utile de baser cette analyse sur ce que la littérature marxiste nous apprend quant aux points de vue de classe en matière de politiques sociales. En effet, il semblait raisonnable de postuler que les points de vue de classe sur la santé seraient cohérents avec les points de vue de classe sur les politiques sociales, qui peuvent être quant à eux facilement dégagés de la littérature marxiste sur l'État-providence, beaucoup plus abondante[143].

S'il convient de présenter brièvement ces derniers au moment d'exposer les résultats de la recherche documentaire, c'est parce qu'ils permettront d'éclairer non seulement la présentation qui suivra des points de vue de classe en matière de santé, mais aussi l'analyse subséquente de l'histoire des CLSC. De plus, rappelons que la présente démarche se veut également : 1) une contribution à l'analyse de l'histoire de l'État-providence québécois, étroitement liée à celle des CLSC et 2) une mise à l'épreuve de la méthode dialectique du marxisme. En cela, la présentation des thèses marxistes concernant les points de vue classes sur les politiques sociales permettra de confronter

---

[142] Navarro (dates) fournit néanmoins plusieurs indications qui ont été très utiles et sur lesquelles nous reviendrons.

[143] La présentation qui suit s'appuiera notamment sur Therborn (1986), qui fait une présentation systématique des points de vue de classe en matière de politiques sociales, mais elle mobilisera aussi l'ensemble de la littérature marxiste sur l'État-providence brièvement recensée en introduction. Certains ouvrages sur le mouvement syndical québécois (Rouillard, 2004, 1989, 1981 ; Favreau et L'Heureux, 1984 ; Tremblay, 1972) seront aussi utiles pour alimenter le point de vue de la classe des travailleuses et travailleur, davantage négligé dans la littérature sur l'État-providence.

l'une des dimensions centrales du cadre théorique marxiste présenté plus haut, à savoir son insistance sur le caractère antagonique des rapports de classe. Plus encore, cette présentation permettra de confronter ces thèses à ce que l'analyse empirique des CLSC et des points de vue de classe sur la santé nous apprend.

Précisons enfin que si la littérature marxiste sur l'État-providence procède parfois par « déduction théorique » (c'est-à-dire qu'elle déduit théoriquement les points de vue de classe à partir du positionnement de chaque classe sociale dans les rapports de production), elle s'appuie aussi fortement sur la recherche empirique, qui permet d'identifier les revendications ou prises de positions effectivement défendues historiquement par chacune des classes en présence. C'est aussi la démarche privilégiée ici.

1.1 Point de vue de la classe capitaliste en matière de politiques sociales

Concernant le point de vue de la classe capitaliste sur les politiques sociales, la littérature marxiste sur l'État-providence nous permet de faire un premier constat : historiquement, il existe une tendance très forte de la classe capitaliste à *s'opposer* farouchement à toutes mesures de sécurité sociale et à toutes interventions de l'État en la matière (Cloward et Piven (1982, 1971), Cuneo (1986, 1980, 1979), Tucker (1990), Thompson (1971)). Néanmoins, plusieurs exemples existent également de cas où la classe capitaliste a *favorisé* l'émergence de certaines politiques sociales : Quadagno (1984) et Finkel (1979, 1977) montrent que ce fut le cas aux États-Unis et au Canada durant la crise des années 1930 ; le cas de la santé publique, sur lequel nous reviendrons, constitue également un bon exemple.

Si ces deux tendances (ou points de vue) apparemment contradictoires peuvent s'expliquer par le fait que la classe capitaliste n'est pas homogène et qu'elle est elle-

même traversée d'intérêts divergents[144], l'analyse permet surtout de constater que la classe capitaliste acceptera une certaine mesure de politiques sociales lorsque celles-ci deviennent inévitables ou lorsqu'elles sont comprises comme essentielles à la préservation de ses intérêts fondamentaux et, notamment, au maintien de conditions favorables à *l'accumulation du capital* : « The overriding principle [de la perspective capitaliste sur les politiques sociales] should be the maintenance of favourable conditions for capital accumulation, which includes the securing of an adequately skilled, motivated, and stable labour force. » (Therborn, 1986, p. 24)

Ainsi, la classe capitaliste (ou plutôt certaines fractions d'entre elle) pourra en venir à favoriser certaines politiques sociales pour permettre la *reproduction de la main-d'œuvre* et la *régulation du marché du travail* que les rapports de production capitalistes ne peuvent assurer lorsque laissés à eux-mêmes (De Brunhoff, 1981 ; Cuneo, 1980 ; Tucker, 1990, p.115-116). La reproduction de la main-d'œuvre fait d'abord référence à sa reproduction *physique*, c'est-à-dire à la nécessité de permettre, notamment en période de chômage important, la survie de la classe ouvrière en nombre suffisant pour assurer une réserve de main-d'œuvre disponible. Elle fait aussi éventuellement référence, comme le mentionne Therborn, à la reproduction d'une main-d'œuvre *de qualité*, c'est-à-dire d'une main-d'œuvre disciplinée, en santé et qualifiée (et donc éduquée).

Quant à la régulation du marché du travail permise par les politiques sociales, elle va plus loin que d'assurer la simple reproduction de la main-d'œuvre : par exemple, les travaux de Cloward et Piven (1971) montrent que les périodes d'expansion et de recul des politiques sociales américaines, de même que la forme particulière (plus ou moins disciplinaire, répressive ou humiliante) prise par ces mesures ont historiquement

---

[144] Ainsi, il ressort des travaux des auteurs mentionnés plus haut que la petite et moyenne bourgeoisie – et notamment la bourgeoisie manufacturière, plus précaire financièrement – aura tendance à être beaucoup plus hostile aux politiques sociales que la grande bourgeoisie industrielle et financière, davantage capable de supporter les coûts associés à ces mesures.

permis de *rendre disponible* (y compris par des migrations intérieures de masse) la main-d'œuvre en fonction des exigences du marché du travail. Plus encore, Rosen (1993) souligne comment la *New Poor Law* britannique de 1834, qui peut être considérée comme une des premières (sinon *la* première) interventions étatiques d'envergure en matière de politiques sociales, a directement contribuer à *créer* un marché du travail « libre », condition essentielle au développement des rapports de production capitalistes :

> The significance of the New Poor Law as a focal point of social change can hardly be overestimated. The immediate objective of the Act was to reduce the poor rates, but its broader aim was to free the labor market as a precondition for investment. The market economy was asserting itself and clamoring for human labor to be made a commodity. This end was achieved, and it is no exaggeration to say that the social history of the nineteenth century was determined by the logic of the market system as established by the Poor Law reform of 1834. (Rosen, 1993, p. 176-177)

La nécessité de *légitimer* le système capitaliste durant des périodes de crises économiques importantes et/ou de radicalisation significative du mouvement ouvrier (Cloward et Piven, 1971 ; Gough, 1975 ; Panitch, 1977) est aussi un impératif qui peut conduire la classe capitaliste à accepter le principe des politiques sociales. Le cas du premier système de sécurité social reconnu, celui de l'Allemagne de Bismark à la fin du XIXe siècle, est à cet égard exemplaire. Therborn (1986) montre que ce n'est que sous la menace d'un mouvement ouvrier organisé sur une base nationale, c'est-à-dire mobilisé par un parti politique autonome et un mouvement syndical d'envergure nationale, que le gouvernement allemand a pris, parallèlement à des mesures répressives importantes contre les organisations ouvrières, l'initiative de ces mesures sociales et qu'il a pu les faire accepter à la classe capitaliste allemande. Selon les propos de Bismark lui-même : « 'If Social-Democracy did not exist, and if there were not masses of people intimidated by it, then the moderate advances which we have managed to push through in the area of social reform would not yet exist…' » (Cité dans Therborn, 1986, p. 15) Navarro indique que des motivations semblables animaient

le gouvernement libéral de l'époque au moment de la mise sur pied des premières assurances sociales britanniques au début du XXe siècle :

> the Liberal Government, representing, at that time, the enlightened sectors of the upper and middle classes, viewed the enactment of social legislation as the best strategy for stopping the spread of socialism. In the words of Balfour, in 1895, 'Social legislation is not merely to be distinguished from Socialist legislation, but it is its most direct opposite and its most effective antidote.' (Navarro, 1978, p. 9)[145]

Outre la tendance de la classe capitaliste à résister au développement des politiques sociales (sauf lorsqu'elles sont perçues comme essentielles à l'accumulation du capital et/ou à la légitimation de l'ordre social capitaliste), la littérature marxiste sur l'État-providence permet également de faire un second constat : une fois accepté le principe des politiques sociales (ou une fois leur développement considéré comme inévitable), la classe capitaliste tentera, souvent avec succès, d'en influencer les modalités ou la forme pour qu'elles correspondent (ou ne nuisent pas) à ses intérêts (Finkel, 1977, 1979 ; Quadagno, 1984 ; Gilbert, 1965). Il est ainsi possible de dégager de cette littérature ce qu'on pourrait considérer comme les « grands principes » qui gouvernent le point de vue de la classe capitaliste concernant la forme que doivent prendre les politiques sociales.

Nous avons vu que le principe de base, qui peut être théoriquement déduit de la position de la classe capitaliste dans les rapports de production capitaliste mais qui est aussi apparent dans ses prises de position historique, est que les politiques sociales doivent favoriser – ou du moins elles ne doivent pas nuire à – l'accumulation du capital (voir aussi Gough, 1975 ; Panitch, 1977 ; Finkel, 1977, 1979). Au cœur de ce principe de

---

[145] Swartz mentionne qu'au moment de présenter son rapport au parlement canadien en 1943, le responsable du Comité consultatif de l'assurance-santé, Dr Heagerty, « pointed out, in reference to Britain, that while health insurance, as intended, had countered socialist tendencies within the British working class, it had done little to advance their actual health, for which *preventive medicine* was required. » (1977, p. 336, souligné dans le texte original) Nous verrons plus loin que la menace du chartisme et d'une insurrection ouvrière, et donc le besoin de légitimation, ont aussi contribué à la mise en place des premières mesures britanniques de santé publique (Rosen, 1993, p. 195).

base se trouve également un autre principe central qui ressort fortement de la littérature marxiste (et même non-marxiste[146]) sur l'État-providence : du point de vue des capitalistes, les politiques sociales doivent prendre une forme qui permette de préserver *l'incitation au travail*, étroitement liée avec la capacité de cette classe à *discipliner* les travailleuses et des travailleurs.

Dans cette optique, la classe capitaliste favorisera les politiques sociales qui se rapprochent du modèle moralisateur, stigmatisant et humiliant de la charité privée traditionnelle et du secours aux indigents et pouvant servir de repoussoir vers le marché du travail (Cloward et Piven, 1971). Le type d'aide sociale instauré par la *New Poor Law* britannique mentionnée plus haut et principalement organisé autour des *workhouses* peut à cet égard être considéré comme archétypique de ce modèle :

> The principles on which relief was to be granted was openly deterrent. No able-bodied persons and their families were to be given assistance except in a well-regulated workhouse. In addition, the lot of the able-bodied pauper was to be made 'less eligible' or, in other words, more miserable than that of the worst situated laborer outside the workhouse. (Rosen, 1993, p. 176)

Si au cours du XXe siècle les politiques sociales seront de moins en moins associées au travail forcé[147], on retrouve dans le modèle des *workhouses* de 1834 plusieurs éléments typiques du point de vue de la classe capitaliste sur les politiques sociales. Ainsi, toujours dans l'optique de favoriser l'incitation au travail, la classe capitaliste privilégiera les politiques sociales ciblées offrant une couverture limitée, c'est-à-dire basées sur un modèle résiduel fondé sur une évaluation des besoins (*means-tested*) et

---

[146] Voir par exemple Bernier (2003) et Pal (1986a, 1986b), auteure et auteur néo-institutionnalistes qui soulignent le caractère central de ce principe dans l'élaboration ou la restructuration des politiques sociales.

[147] Ce qui ne signifie pas que cet aspect ait cessé de faire partie du point de vue de la classe capitaliste sur les politiques sociales, comme le montre la position sur l'aide sociale défendue par la Chambre de commerce de la Province de Québec en 1976 : « Le gouvernement verse des prestations à un nombre grandissant d'assistés sociaux. Parmi ces bénéficiaires, un nombre très important pourrait participer à la réalisation de travaux publics entrepris par le gouvernement et ainsi recevoir une rémunération pour leur travail. » (CCPQ, 1976, p. 39-40)

sur une distinction entre les pauvres « dignes » de recevoir de l'aide (c'est-à-dire inaptes au travail) et les pauvres « indignes » (c'est-à-dire aptes au travail). Inhérent à ce point de vue se trouve également une conception individualiste de la pauvreté qui considère la sécurité sociale et le bien-être économique avant tout comme une responsabilité individuelle. Lorsque les politiques sociales impliquent des allocations monétaires, c'est aussi en cohérence avec le principe de l'incitation au travail (et non seulement pour limiter les coûts des mesures de protection sociale) que la classe capitaliste souhaitera que le niveau des allocations soit le plus bas possible (et au moins plus bas que le plus bas salaire offert sur le marché du travail)[148]. À cet égard, les principes généraux en matière de sécurité sociale défendus par la Chambre de commerce de la province de Québec durant les années 1970 sont exemplaires :

> La sécurité et le bien-être économique des citoyens du Québec sont en général le résultat du travail, de l'initiative et de la prévoyance de chacun d'entre eux. [...] Il existe toutefois un certain nombre de citoyens désavantagés qui, sans qu'ils en soient responsables, sont dépourvus des ressources nécessaires pour s'assurer un minimum vital de bien-être. Ces personnes doivent être aidées par la collectivité et l'état doit adopter des mesures de sécurité sociale nécessaires pour leur fournir ce minimum. Ces mesures doivent être constamment réévaluées afin de s'assurer qu'elles atteignent l'objectif pour lequel elles ont été instituées. Malgré certains inconvénients, la Chambre croit préférable que l'État adopte en cette matière des formules d'assistance sélectives, concentrant les ressources disponibles sur les classes défavorisées. (CCPQ, 1969-1976, p. 39)

Un autre principe important caractérisant le point de vue de la classe capitaliste sur les politiques sociales est que celles-ci ne doivent pas permettre une *redistribution des*

---

[148] Le modèle de l'aide sociale résiduelle ou sélective, qui réserve les politiques sociales aux membres les plus défavorisés de la classe des travailleuses et des travailleurs et qui laisse sans protection la plus grande partie de celle-ci, a aussi l'avantage, du point de vue de la classe capitaliste, de laisser ouvert un marché considérable pour les compagnies d'assurance privées (et donc de favoriser l'accumulation du capital). Il ressort de la littérature marxiste qu'un modèle de sécurité sociale laissant une place importante aux compagnies d'assurance privée peut aussi contribuer directement à l'incitation au travail et à la discipline des travailleuses et travailleurs dans la mesure où, dans de tels modèles, ces assurances sont le plus souvent des assurances de groupe négociées au niveau de l'entreprise ou carrément offertes par les employeurs, ce qui permet évidemment de lier plus étroitement les travailleuses et travailleurs aux entreprises.

ressources significative (Quadagno, 1984 ; Cuneo, 1979 ; Swartz, 1977 ; Bryden, 1974). Plus précisément, si une certaine mesure de redistribution à l'intérieur de la classe des travailleuses et des travailleurs peut être acceptable, le coût des politiques sociales doit peser essentiellement sur cette dernière. Notons que ce principe n'est pas non plus indépendant du souci de favoriser l'accumulation du capital et l'incitation au travail. Ainsi, lorsque les programmes de sécurité sociale destinés à l'ensemble de la classe des travailleuses et des travailleurs (plutôt que réservés aux plus démunis) deviennent inévitables, la classe capitaliste privilégiera un mode de financement et d'indemnisation le plus directement possible lié aux revenus de travail, c'est-à-dire un mode de financement assurantiel non-redistributif basé sur le modèle des assurances privées et dans lequel les indemnités sont proportionnelles aux cotisations (et, encore une fois, significativement inférieures au salaire). De même, dans les cas où les politiques sociales prennent la forme de services publics, la classe capitaliste favorisera le financement par tarification des services à des prix comparables à ceux du marché.

Enfin, du point de vue de la classe capitaliste, les politiques sociales ne doivent pas non plus favoriser un *transfert de pouvoir* vers la classe des travailleuses et des travailleurs. Ceci est d'autant plus vrai lorsque le droit de gérance ou le pouvoir économique de la classe capitaliste est directement en cause (Finkel, 1977, 1979 ; Tucker, 1990), comme par exemple dans le cas de la santé et sécurité au travail, mais cela concerne aussi, de manière plus générale, le contrôle administratif de l'ensemble des dispositifs de sécurité sociale. La classe capitaliste privilégiera ainsi un contrôle privé, comme celui que permet le modèle résiduel associé à une participation importante des compagnies d'assurances privées et à une prise en charge des polices d'assurances par le patronat. Inversement, elle s'opposera généralement au contrôle étatique de la sécurité sociale – sauf lorsque cela devient essentiel pour la préservation de ses intérêts –, de même qu'au pouvoir des syndicats de travailleuses et travailleurs en la matière : « Administrative control of social-security schemes should be in the hands of the employers or of private

insurance companies, and above all not in the hands of the unions or the state. » (Therborn, 1986, p. 24)

1.2 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de politiques sociales

Si le point de vue de la classe capitaliste est d'abord caractérisé par son opposition aux politiques sociales, il ressort de la littérature marxiste sur l'État-providence (de même que des ouvrages consultés sur le mouvement syndical québécois) que le militantisme de la classe des travailleuses et des travailleurs est un facteur décisif pour comprendre l'émergence des politiques sociales. Ainsi, l'exemple allemand mentionné précédemment montre que c'est le cas même là où elles ont été développées « d'en haut », c'est-à-dire à l'initiative des dirigeants politiques et sans qu'il s'agisse d'une revendication explicite des travailleuses et travailleurs. De plus, suite à ces exemples pionniers[149], les politiques sociales sont très rapidement devenues des demandes récurrentes du mouvement ouvrier.

Cette adhésion rapide de la classe des travailleuses et des travailleurs au principe des politiques sociales – qui peut être mise en contraste avec l'attitude ambigüe de la classe capitaliste en la matière – correspond évidemment à son positionnement dans les rapports capitalistes de production, qui implique pour elle une très grande *dépendance économique* à l'égard du marché du travail, et donc une *insécurité économique* chronique. C'est en cohérence avec ce positionnement que la classe des travailleuses et des travailleurs développera son propre point de vue sur les politiques sociales et

[149] Therborn mentionne aussi les cas de l'Autriche et du Danemark, dont les systèmes de sécurité sociale se sont aussi réalisés à l'initiative des dirigeants politiques, mais sous la pression d'un mouvement ouvrier organisé sur une base nationale.

qu'elle tentera non seulement de favoriser leur émergence, mais aussi, à l'instar de la classe capitaliste, d'en influencer la forme et les modalités.

À l'inverse de la classe capitaliste, pour qui l'incitation au travail doit être une caractéristique centrale des politiques sociales, la classe des travailleuses et des travailleurs souhaitera que les politiques sociales prennent une forme qui permette la réduction de son insécurité économique, et donc de sa dépendance à l'égard du marché du travail. En d'autres termes, elle défendra des politiques sociales qui favorisent la *démarchandisation* des travailleuses et des travailleurs[150]. C'est dans cette optique que la notion de *droit* – par opposition au modèle de la charité sur lequel s'appuie la classe capitaliste – se retrouve au cœur du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs sur la forme que devraient prendre les politiques sociales. Pour Therborn, il s'agit-là du principe de base de ce point de vue :

> A conception of workers' rights seems to be the guiding principle running through working-class perspectives on social policy, a principle opposed to insurance as well as to charity, an assertion overriding liberal arguments about the requirements of capital accumulation, dangers to competitiveness, and the necessity of incentives. The labour perspective is first of all an assertion of the rights of working persons against any logic involving objects of charity, market commodities or thrifty savers. (Therborn, 1984, p. 21)[151]

Contrairement à la conception individualiste de la pauvreté typique du point de vue de la classe capitaliste, ce principe d'un droit à la sécurité sociale et au bien-être économique implique que ces derniers sont conçus comme une responsabilité sociale.

---

[150] Ce terme est emprunté à Esping-Andersen (1999, 1983), auteur qui s'est plus récemment rapproché du courant néo-institutionnaliste mais dont les influences marxistes sont aussi importantes.

[151] Ceci est aussi très clair chez Tremblay (1972), qui souligne qu'à partir des années 1950, le mouvement syndical québécois percevra « la sécurité sociale comme une partie intégrante de la fonction économique, de façon à ce que la sécurité et le progrès du niveau de vie ne soient plus dépendants du marché du travail mais constituent des droits reliés strictement à l'appartenance à la communauté sociale. » (p. 212)

C'est dans la même perspective, et contre le modèle résiduel fondé sur une évaluation des besoins favorisé par la classe capitaliste, que la classe des travailleuses et des travailleurs réclamera de façon systématique un élargissement de la couverture offerte par les politiques sociales et une augmentation des indemnités ou allocations qui y sont associées, revendications qui culmineront éventuellement dans des demandes de programmes sociaux à caractère et à portée universels (Therborn, 1984 ; Rouillard, 2004, 1989, 1981 ; Tremblay, 1972). À l'inverse de la classe capitaliste, qui favorise des politiques sociales restreintes et ciblées, la classe des travailleuses et des travailleurs adhérera au principe d'un système complet, uniforme et cohérent de sécurité sociale couvrant tous les risques associée à la condition de travailleuses et travailleurs (Therborn, 1984 ; Rouillard, 2004, 1989, 1981 ; Tremblay, 1972)[152].

Un autre principe qui caractérise le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs est que les politiques sociales doivent *favoriser une redistribution réelle des ressources*. Contre la logique assurantielle (et non-redistributive) mise de l'avant par la classe capitaliste, la classe des travailleuses et des travailleurs revendiquera généralement que les politiques sociales soient financées par le biais d'une taxation progressive ou par les employeurs eux-mêmes. En effet, Therborn montre de façon convaincante que la forme des assurances sociales n'est pas une revendication originale du mouvement ouvrier, mais qu'elle a plutôt été développée, dans ses premières versions, à l'initiative de gouvernements conservateurs[153]. Ce n'est que plus tard durant le XXe siècle que la classe des travailleuses et des travailleurs se réappropriera ce

---

[152] Ces principes ressortent aussi fortement et de manière évidente des archives du mouvement syndical québécois consultées.

[153] Nous avons vu que ces gouvernements (allemand, autrichien et danois à la fin du XIXe siècle) réagissaient de cette manière à la menace perçue de mouvements ouvriers militants et bien organisés sur une base nationale. Toutefois, Therborn souligne que les assurances sociales ne faisaient pas partie des revendications de ces mouvements, qui ont au contraire critiqué ce modèle. Ceci est appuyé également par Petitclerc (2012) qui, dans son analyse des débats entourant la Commission québécoise sur les assurances sociales des années 1930 (Commission Montpetit), mentionne que le mouvement ouvrier de l'époque était peu intéressé par le modèle des assurances sociales. Nous reviendrons plus loin sur l'épisode de la Commission Montpetit, qui s'est aussi intéressée plus directement à l'assurance-santé.

modèle, mais selon des modalités qui permettent une certaine redistribution des ressources (par exemple lorsque ces assurances sont financées exclusivement ou principalement par les employeurs)[154].

En ce qui concerne le contrôle administratif des politiques sociales, la classe des travailleuses et des travailleurs tendra à défendre une position symétrique à celle de la classe capitaliste, c'est-à-dire qu'elle favorisera l'*autogestion* ou du moins la *démocratisation* des dispositifs de sécurité sociale : « autonomous and *self-management* has been a persistent demand of the workers' movement, with bipartite or tripartite forms as second and third best. » (Therborn, 1984, p. 22)[155] Les sociétés ouvrières de secours mutuels, qui, au XIXe siècle, précèderont au Québec les premières formes d'assurances sociales, sont un exemple de dispositif de sécurité sociale organisé et géré sur une base autonome par la classe des travailleuses et des travailleurs (Petitclerc, 2005)[156]. La littérature sur le mouvement syndical québécois confirme aussi la méfiance de ce dernier à l'égard de l'État et sa préférence pour des politiques sociales gérées par des instances bipartites ou tripartites mais indépendantes de l'État. Ce n'est qu'à partir des années qui suivront la Seconde guerre mondiale que les centrales syndicales commenceront à favoriser une extension significative du rôle de l'État en la matière[157]. Toutefois, ces demandes d'intervention étatique seront accompagnées de

---

[154] Cuneo (1980) présente ainsi les revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs sur l'assurance-chômage : « Radical elements within the working class pushed for 'non-contributory' unemployment insurance, to be financed either by the capitalist class alone, or by the capitalist class together with the state, which would reallocate military expenditures for this purpose. Less radical working class elements advocated contributory unemployment insurance, with labour, capital and the state paying into a central fund from which 'benefits' would be distributed to the unemployed. » (p. 38)

[155] Therborn précise les motivations derrière cette prise de position en faveur d'une gestion autonome des dispositifs de sécurité sociale : « There have been several objectives behind this concern : to establish and to guarantee entitlement to benefits independently of the employer's discretion and punishment ; to ensure a human, non-bureaucratic consideration of claims and claimants ; to prevent the use of the funds involved by the employers or by the state ; to train administrative cadres of the working-class organization ; and to boost the recruitment of members. » (p. 22)

[156] Nous reviendrons plus loin sur ces sociétés, qui nous informent aussi sur le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé.

[157] Selon Rouillard (2004), l'expérience de la Loi des relations ouvrières de 1944 « contribue à faire perdre au syndicalisme sa méfiance traditionnelle envers l'État, dont il réclame maintenant une extension

revendications en termes de démocratisation des institutions et de participation de la classe des travailleuses et des travailleurs.

Cette brève présentation des points de vue de classe sur les politiques sociales nous a permis : 1) de dégager quelques grands principes gouvernant ces points de vue ; 2) de constater que ces points de vue sont pour l'essentiel fondamentalement opposés, ce qui vient appuyer la conception marxiste des rapports de classe comme étant irréductiblement antagoniques. Il s'agira maintenant de voir si ces principes opposés en matière de politiques sociales se reflètent dans les points de vue de classe sur la santé et, éventuellement, dans quelle mesure ils ont pu s'imposer dans l'histoire mouvementée des CLSC.

---

du rôle. Ainsi, les centrales pressent les gouvernements d'atténuer les effets des cycles économiques et d'élargir considérablement le champ de la législation sociale. Les syndiqués comprennent que la négociation collective limitée à l'entreprise n'est plus suffisante et qu'ils doivent consacrer davantage d'efforts à l'intervention politique. » (p. 138) Pour Tremblay (1972), cette crainte d'une intervention trop importante de l'État perdurera jusque dans les années 1960 (du moins en ce qui concerne la CSN).

CHAPITRE 2

POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE SANTÉ DURANT LA SECONDE MOITIÉ DU XIXe SIÈCLE

Au cours du XIXe siècle se produisent plusieurs développements importants dans le domaine de la santé. C'est durant la seconde moitié de ce siècle que se développe la médecine scientifique et que sont jetées les bases de la professionnalisation de la médecine (section 2.1). Les premières interventions étatiques en matière de santé se produisent également à la même époque, posant les fondements de ce qui deviendra la santé publique (section 2.2). C'est aussi durant cette période que se constituent les sociétés ouvrières de secours mutuels, qui offrent une des premières formes de protection contre les risques associés à la maladie (section 2.3). Enfin, les luttes pour la santé et la sécurité au travail naissent également au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle (section 2.4).

Autour de ces développements, étroitement liés aux transformations sociales majeures provoquées par l'essor du capitalisme industriel (urbanisation, industrialisation, prolétarisation, etc.), se construisent également les points de vue de la classe capitaliste et de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé. Ce chapitre sera l'occasion d'identifier, à partir de sources de seconde main, les premières manifestations de ces points de vue. Si le développement de la médecine scientifique et de la santé publique nous donne surtout des indications sur le point de vue de la classe capitaliste, celui des travailleuses et travailleurs s'exprime davantage dans le phénomène des sociétés de secours mutuels et dans les luttes pour la santé et sécurité au travail. Cette démarche nous permettra également d'aborder dans une perspective

de classe certains des facteurs centraux qui, dans la littérature recensée en introduction, apparaissent comme structurant de manière importante l'évolution des CLSC et du système socio-sanitaire québécois.

2.1 Développement de la médecine scientifique et professionnalisation des médecins

Deux de ces facteurs structurant concernent : 1) la domination du modèle biomédical, curatif et individualiste de la médecine libérale et 2) la puissance considérable des médecins en tant que groupe social acteur du système socio-sanitaire, ces deux facteurs étant de toute évidence intimement reliés. La perspective historique longue proposée ici permettra de constater que ces facteurs peuvent aussi faire l'objet d'une analyse de classe. En effet, ces facteurs prennent racine au XIXe siècle dans la capacité du paradigme de la médecine scientifique à s'imposer, de même que dans celle des médecins universitaires à se constituer en profession jouissant d'un monopole sur la prestation de soins curatifs. Or, les travaux de certains auteurs, qui proposent une analyse de classe de ces développements, suggèrent que la classe capitaliste a pu y jouer un rôle significatif.

Précisons qu'il ne s'agit pas ici d'affirmer que la classe capitaliste a joué le rôle principal ou le plus déterminant dans ces développements. Néanmoins, les sources à notre disposition indiquent que ce rôle a pu être parfois décisif, et que les intérêts et le point de vue de la classe capitaliste ont pu influencer, en partie au moins, les tendances à l'œuvre dans l'essor de la médecine scientifique et de la profession médicale. De plus, ces analyses permettent de mettre à l'avant-plan le point de vue de la classe capitaliste en matière de santé tel qu'il se forme vers la fin du XIXe siècle.

Il existe peu d'analyses de classes de l'essor de la médecine scientifique et de la consolidation de la profession médicale. Néanmoins, les quelques sources dont nous

disposons (Berliner, 1981 ; Navarro, 1978, 1977, 1976 ; Swartz, 1977) donnent des indications intéressantes quant au rôle joué par la classe capitaliste dans ces développements et, par le fait même, quant à son point de vue sur la santé[158]. Si ces sources ne concernent pas spécifiquement le Québec, elles montrent des tendances communes à plusieurs pays, dont les États-Unis et le Canada, et il semble raisonnable de postuler que ces tendances ont pu jouer également dans le cas du Québec[159].

L'analyse de classe la plus exhaustive à notre disposition sur ces questions est celle de Berliner (1981), qui montre que la professionnalisation de la médecine américaine[160] – étroitement liée, comme nous le verrons, à la capacité de la médecine scientifique à s'imposer – s'est réalisée en partie au moins grâce au soutien crucial reçu de la part de la classe capitaliste[161]. Selon cet auteur, la profession médicale américaine s'est consolidée à travers un conflit entre les deux plus grandes « sectes » médicales de l'époque aux États-Unis, l'allopathie et l'homéopathie, représentées respectivement par l'*American Medical Association* (AMA) et l'*American Institute of Homeopathy*. Les efforts de la première, fondée en 1847, pour établir « l'hégémonie politique de la médecine scientifique (comme l'allopathie commençait à se définir elle-même) sur toutes les autres 'sectes' médicales » (Berliner, 1981, p. 101) furent peu fructueux durant plusieurs décennies. Ce n'est qu'à partir du moment où l'AMA obtiendra le soutien de la classe capitaliste qu'elle fera des gains décisifs :

> Cependant, vers la fin des années 1890, on vit naître une alliance entre l'AMA et certains grands capitalistes du monde de l'industrie, principalement ceux de l'est.

---

[158] Fait intéressant, ces sources nous éclairent également sur le statut de classe des médecins, donnée importante pour une analyse de classe de l'histoire des CLSC.

[159] Les analyses du développement de la profession médicale au Québec qui ont été consultées (Goulet, 2004 ; Demers, 2003) ne s'inscrivent pas dans le courant marxiste et offre peu d'indices des liens entre professionnalisation des médecins et classe capitaliste. Nous verrons néanmoins que l'histoire québécoise de la professionnalisation de la médecine présente certaines analogies avec les analyses présentées ici des cas américains, britanniques et canadiens.

[160] Nous verrons que le processus de professionnalisation de la médecine américaine a aussi eu un impact sur la profession médicale canadienne, notamment à travers la publication du Rapport Flexner.

[161] Berliner précise que ce soutien est principalement venu des grands capitalistes de l'industrie actifs ou retraités (rentiers), dont les familles Carnegie et Rockefeller.

> Forte de cette alliance, l'AMA pu commencer à acquérir une influence politique et les amis influents dont elle avait besoin pour établir son hégémonie. C'est précisément ce qui arriva dans le cas de la réforme de la formation médicale. (Berliner, 1981, p. 102)

Selon Berliner, c'est principalement par le biais de cette réforme de la formation médicale que le processus de professionnalisation de la médecine et de monopolisation des soins qui l'accompagne s'est réalisée. C'est aussi cette réforme qui a permis à la médecine scientifique défendue par l'AMA de s'imposer. Or, la classe capitaliste a joué un rôle central dans un épisode considéré par plusieurs comme crucial dans cette réforme : la publication du Rapport Flexner, dont l'influence décisive s'est étendue jusqu'au Canada[162]. En effet, non seulement ce rapport a-t-il été parrainé par la Fondation Carnegie, mais son application a été par la suite financée par plusieurs autres grandes fondations capitalistes américaines :

> Ce qui distingua surtout le rapport Flexner de la myriade d'autres 'rapports' ou études, c'est le fait que la mise en application de ses recommandations fut soutenue financièrement par une foule de Fondations. En 1934, les neuf plus grandes Fondations américaines avaient donné 154 millions à la réforme de la formation médicale telle que proposée par Flexner. Le *Rockefeller General Education Board* donna à lui seul plus de 66 millions et ce, à neuf écoles seulement. Sans cet apport financier massif, le Rapport serait demeuré longtemps sur une tablette. (Berliner, 1981, p. 111-112)

Au-delà de la simple croyance dans l'efficacité de la science et de la médecine scientifique, deux grandes explications (non mutuellement exclusives) sont formulées pour comprendre le point de vue favorable de la classe capitaliste face à la médecine

---

[162] De nombreux auteurs cités par Berliner considèrent la publication du Rapport Flexner sur la formation médicale comme le moment décisif de cette réforme, non seulement aux États-Unis mais également au Canada : « Il a été qualifié, fort justement, de tournant majeur dans la formation médicale américaine [...]. Le rapport Flexner a eu un impact historique sur la formation médicale en Amérique du nord. » (Chase, 1973 cité par Berliner, 1981, p. 94). De même : « Le rapport Flexner de 1910 fut le point culminant d'une période de critique de la formation médicale, tant aux États-Unis qu'au Canada, qui a eu pour résultat de transformer celle-ci, d'un système d'apprentissage où les étudiants obtenaient leurs connaissances professionnelles en travaillant avec un médecin, en une véritable discipline universitaire. » (Blishen, 1969, cité par Berliner, 1981, p. 94).

scientifique et face à la consolidation de la profession médicale et de son monopole sur les soins curatifs. La première explication concerne la manière dont la structure de classe de la société capitaliste se reflète dans la composition sociale de la profession médicale. Berliner montre ainsi que le conflit qui agite la profession médicale durant la seconde moitié du XIXe siècle aux États-Unis se polarise entre deux groupes aux affinités de classe opposées. D'une part, l'AMA est composée pour l'essentiel de chercheurs professeurs d'université et/ou rattachés aux hôpitaux et dont plusieurs ne pratiquent pas la médecine[163]. Or, en plus de leur attachement à la médecine scientifique, ces médecins chercheurs membres de l'AMA partagent un statut social privilégié :

> À l'époque où l'AMA n'était qu'un petit groupe, elle était également un groupe sélect. Comme nous l'avons indiqué plus tôt, la majorité de ses membres possédait une formation post-universitaire acquise en Europe [...]. Et puisqu'il n'existait aucun programme de bourses à l'époque, seuls les bien nantis pouvaient acquérir une formation européenne. (Berliner, p. 102-103)

D'autre part, les praticiens, c'est-à-dire la très grande majorité des médecins à cette époque, ne bénéficient pas de tels avantages, et certains d'entre eux sont directement issus de la classe des travailleuses et des travailleurs :

> Alors que les scientifiques étaient relativement à l'abri du point de vue des emplois et de la sécurité financière (plusieurs étant issus de la classe supérieure et indépendants de fortune), les praticiens – les médecins qui vivaient de leur pratique médicale – vivaient pour la plupart au jour le jour. [...] En fait, la facilité avec laquelle un individu pouvait devenir médecin aux États-Unis, au tournant du siècle, conduisit vite à un encombrement de la profession. Il n'était pas impensable à l'époque qu'un jeune travailleur désenchanté du travail en usine puisse, avec un peu d'argent, s'inscrire à l'une des nombreuses écoles privées de médecine. (Berliner, 1981, p. 105-106)

---

[163] L'absence de féminisation des termes « chercheurs », « médecins », « praticiens », etc. pour cette section renvoie à la réalité de l'époque, qui réservait la profession médicale exclusivement aux hommes.

Ainsi, la proximité et les affinités de classes entre la classe capitaliste et les médecins dominant le champ (ou la secte) de la médecine scientifique pourraient expliquer en partie au moins la capacité de celle-ci à s'imposer, mais également le point de vue favorable de la classe capitaliste face à cette dernière :

> Leur opulence [aux médecins scientifiques] leur assurait des contacts privilégiés avec les chefs de file de l'industrie, contacts de bonne société, mais aussi contacts professionnels, dans bien des cas. Leur indépendance financière permit à ces médecins de s'impliquer dans toutes sortes d'occupations connexes telles que la réforme pédagogique et la réglementation de l'exercice professionnel, sans éprouver de soucis financier. Quand les nouvelles lois sur l'émission des permis d'exercice firent leur apparition dans les années 1890, ces médecins obtinrent facilement des sièges aux commissions qui devaient émettre ces permis, leurs capacités financières les rendant aptes à siéger sur des conseils d'administration et leur stature de chercheurs et professeurs les y amenant naturellement. (Berliner, p. 102-103)

Et si le rapport Flexner a permis à la médecine scientifique de prévaloir, à la profession médicale de se constituer autour de la formation et de la recherche universitaire et aux médecins de monopoliser les soins, il a aussi eu pour effet une certaine homogénéisation de la composition sociale de la profession médicale :

> La mise en œuvre des recommandations de Flexner a amené plusieurs changements distincts en médecine. Elle eut [notamment] pour effet de contingenter la composition de classe des médecins puisque seuls les hommes blancs issus de la classe moyenne supérieure purent s'offrir quatre années de *college* et quatre années d'école de médecine. (Berliner, 1981, p. 112)

Les travaux de Navarro (1978), Swartz (1977) et Armstrong et Armstrong (2009) suggèrent que ce schéma se répète à quelques variantes près dans les cas de la Grande-Bretagne et du Canada. Le portrait dressé par Navarro de la composition sociale (de classe) du corps médical britannique au début du XXe siècle est étonnamment proche de celui dépeint par Berliner :

> At the very top were the physicians and surgeons, of upper class origin and with the advantage of a university education. These men [...] primarily served the

> urban rich, and only secondarily the hospitalized poor, who provided the teaching material for the centres of learning, i.e. voluntary hospitals controlled by the upper class. [...] The other group of health professionals – the majority – encompassed the apothecaries and general practitioners [...]. the lines of demarcation between these groups [...] stemmed primarily from the different class origins of the two categories of doctors, as well as from the distinct class composition of the groups treated by each branch of the profession, i.e., at the top, the upper class doctor serving the upper class, and, at the bottom, the apothecaries serving the working class and the poor, with both groups competing on a rather unequal basis for the emerging middle class clientele. (Navarro, 1978, p. 5-6)

Par contre, dans le cas britannique, les « praticiens généraux » pourront profiter d'une alliance politique avec le Parti libéral au pouvoir pour que le processus de professionnalisation de la médecine ne se fasse pas complètement à leur désavantage (Navarro, 1978, p. 7-8). Ainsi, ils parviendront à imposer – contre la volonté des médecins universitaires[164] – l'unification de la profession médicale (qui sera à partir de 1858 régie par un seul organisme : le *General Medical Council*), avec pour résultat que la monopolisation des soins qui accompagnera la professionnalisation de la médecine profitera aussi, en Grande-Bretagne, aux médecins généraux. Toutefois, cette unification de la profession aura aussi pour effet une réduction dramatique du nombre de médecins généraux et ne permettra pas de remettre sérieusement en question le pouvoir et le prestige inégaux associés aux deux groupes.

---

[164] Cette opposition des médecins universitaires britanniques à l'unification de la profession provient selon Brotherston (cité par Navarro) d'une volonté de préserver un système à deux vitesses : « the debates on the medical reform and unification of the medical profession were long tinged with arguments about the necessity to preserve an inferior order of practitioner to meet the needs of the lower class. The view of general practice as the lowest order in the medical world persisted long after the statutory decision to unify the profession. » (1978, p. 7) Soulignons qu'un tel modèle se rapproche du point de vue de la classe capitaliste en matière de politiques sociales, qui défend comme nous l'avons vu un modèle *résiduel* (plutôt qu'universel) de politiques sociales dans lequel l'aide prend la forme humiliante de la charité. Nous verrons plus loin que l'image du médecin charitable à l'égard des indigents sera un thème récurrent de l'argumentaire des médecins pour s'opposer à l'assurance-maladie.

L'analyse de Swartz (1977) suggère aussi que la composition sociale du corps médical a été déterminante dans le processus de professionnalisation de la médecine au Canada :

> The medical practitioners were a heterogeneous lot, ranging from physicians (practitioners with a university education), to midwives with years of experience, to patent medicine peddlars [sic]. The market was highly competitive and not particularly lucrative, which gave rise to efforts, primarily on the part of the physicians, to restrict entry to it. [...] What the physicians sought was a licensing monopoly from the state which would at one and the same time remove competing practitioners from the market as well as enable them to control the supply of physicians. (Swartz, 1977, p. 327)

Armstrong et Armstrong (2009) vont dans le même sens : « Canadian doctors [...] established the guild-like Canadian Medical Association that used its class connections to acquire state-supported control over admission to the profession, the acquisition of medical skills and the right to autonomous practice » (p. 146) Fait intéressant, la capacité des médecins universitaires à s'assurer un monopole sur les soins et un contrôle sur l'entrée dans la profession a eu selon Swartz des conséquences considérables « on the subsequent development of the class position of the medical profession and, consequently, on the nature of the health system. » (1977, p. 327) Plus précisément, en leur assurant un contrôle de fait sur le processus de production des soins (par le biais, notamment, d'un contrôle important sur le fonctionnement des centres hospitaliers), ce monopole a permis à la profession médicale de protéger le statut social des médecins (petite-bourgeoisie professionnelle) contre une éventuelle prolétarisation (1977, p. 327)[165].

[165] Ce terme renvoie au processus par lequel se produit un passage d'une certaine classe sociale (typiquement la petite-bourgeoisie ou la paysannerie) vers la classe des travailleuses et des travailleurs. Il implique généralement une dépossession (privation de ses moyens de subsistance autonomes, perte de contrôle sur ses moyens de production). Armstrong et Armstrong (2009) montrent que si le virage au néolibéralisme et la bureaucratisation accrue du système de soins qui l'a accompagné au cours des dernières décennies ont signifié une perte de pouvoir pour la plupart des travailleuses et travailleurs du réseau, y compris les médecins, ces dernières et derniers ont été en mesure, grâce à leur position

Enfin, bien que les sources dont nous disposons pour le Québec ne proposent pas d'analyse de classes, on peut deviner dans l'article de Goulet (2004) des dynamiques analogues à celles observées plus haut dans le processus de professionnalisation des médecins québécois. Ainsi, Goulet souligne les « nombreuses dissensions » qui divisent médecins des villes (à l'avant-garde de la lutte pour la professionnalisation et la monopolisation des soins) et médecins en milieu rural et/ou non-universitaires (qui contestent la représentativité des organisations fondées et contrôlées par les premiers) (2004, p. 40), de même qu'entre « les partisans d'une médecine scientifique et les tenants d'une médecine traditionnelle » (2004, p. 43)[166].

Et comme ailleurs, le processus de professionnalisation de la médecine et de monopolisation des soins se fera à l'avantage de « l'élite médicale urbaine » (2004, p. 41) : la loi de 1876, qui rend obligatoire pour tous les médecins d'être inscrits au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, « renforce le pouvoir des médecins des grands centres urbains au détriment des médecins des régions. S'amorce ainsi un processus de centralisation au profit des médecins de Montréal et de Québec. » (2004, p. 41)[167] De plus, dans un ouvrage sur la santé publique au Québec, Desrosiers, Gaumer et Keel mentionnent le soutien apporté par l'*International Health Commission* de la Fondation Rockefeller aux facultés de médecine canadienne (1998, p. 19), ce qui suggère que la classe capitaliste américaine a aussi pu jouer un rôle direct

---

favorable, de préserver un prestige et surtout un contrôle sur leur pratique significatifs et d'éviter ainsi une véritable prolétarisation de la profession.

[166] Si le statut de classe de chacun de ces groupes n'est pas précisé par l'auteur, il est possible de tirer des conclusions analogues à celles de Berliner, qui souligne que l'accès aux études universitaires est pour l'essentiel réservé aux hommes issus des classes supérieures.

[167] Goulet souligne lui aussi les conséquences considérables qu'aura la professionnalisation de la médecine et la monopolisation des soins sur le système de soins : « En effet, la loi [de 1876] renforce un principe que le CMCPQ considérera jusqu'à aujourd'hui comme fondamental : la liberté d'appliquer des traitements dont la nature et la qualité relèvent du seul ressort du praticien et ce, sans intervention d'organismes extérieurs à la profession. Quatre autres principes sont étroitement liés à cette autonomie exigée par les médecins : la liberté du lieu d'exercice obtenue dès 1847 ; le privilège de fixer les honoraires, à partir de 1876 ; le pouvoir d'instaurer un code de déontologie ; et enfin, le droit de sanctionner ses membres par la formation d'un conseil de discipline, à compter de 1898. » (Goulet, 2004, p. 41-42)

dans le développement de la médecine scientifique et de la profession médicale au Québec, en plus du rôle indirect joué par le biais de l'influence du Rapport Flexner.

Ces analyses, qui montrent une proximité sociale importante entre les médecins universitaires partisans de la médecine scientifique et la classe capitaliste, peuvent contribuer à comprendre le point de vue favorable de cette dernière à l'égard de la médecine scientifique de même que l'appui actif qu'elle a pu offrir dans le processus de professionnalisation de la médecine et de monopolisation des soins. Si la première explication pour comprendre ce point de vue et cet appui renvoie à la composition sociale du corps médical et à ses affinités de classe avec la bourgeoisie[168], la seconde explication concerne les motivations idéologiques profondes de la classe capitaliste, étroitement liées, évidemment, à ses intérêts politiques et économiques fondamentaux.

Cette idée est fortement mise de l'avant par Berliner (1981), mais aussi par Navarro (1976, 1977, 1978, 1983). Selon eux, une des raisons fondamentales expliquant le soutien de la classe capitaliste à la médecine scientifique (et aux médecins qui la défendent) est que cette médecine favorise la préservation de l'ordre social existant en offrant des explications et des solutions individuelles et techniques aux problèmes politiques et sociaux engendrés par les rapports sociaux capitalistes.

Selon Berliner, l'essor de la médecine scientifique aux États-Unis est étroitement lié à la montée du scientisme dans ce pays vers la fin du XIXe siècle. Dans un contexte de développement intensif du capitalisme industriel et de bouleversement important des rapports sociaux, le scientisme est apparu, du point de vue de la classe capitaliste, comme la solution toute désignée aux conséquences de ces transformations, conséquences qui aboutissent notamment, durant le dernier quart du XIXe siècle, à une montée des luttes et de l'« agitation sociale violente » :

---

[168] Ceci doit aussi être nuancé pour tenir compte des tensions réelles qui peuvent exister entre médecins et capitalistes. À ce sujet, voir Baillargeon (2009).

> La nouvelle classe capitaliste était confrontée à la tâche double (et souvent contradictoire) d'encourager et d'accroître l'accumulation du capital et de maintenir la viabilité et la légitimité de l'ordre social. La solution des capitalistes, en tant que classe, a été de transformer les problèmes sociaux en problèmes techniques. Les problèmes d'ordre social et dont la solution devrait donc être politique furent transformés en problèmes d'ordre scientifique, dont la solution devenait technologique. (Berliner, 1981, p. 95)

La montée généralisée du scientisme dans la société américaine, favorisé par la classe capitaliste[169], a directement contribué à l'essor de la médecine scientifique : « La médecine, comme partie intégrante de l'organisation sociale, fut aussi touchée par ce scientisme et il en résultat ce qu'on a appelé la médecine scientifique. » (Berliner, 1981, p. 97) Or, cette médecine scientifique avait elle aussi l'avantage considérable, du point de vue de la classe capitaliste, de faire l'impasse sur les causes sociales de la maladie :

> Par définition, la médecine scientifique rejetait l'idée de causalité sociale de la santé ou de la maladie [...]. La recherche fut organisée de telle manière qu'elle se trouva à renforcer ce rejet de toute causalité sociale de la santé ou de la maladie. La recherche médicale concentra ses efforts sur l'anatomie et la pathologie. On ignora largement la thérapeutique, l'hygiène et la symptomatologie, qui étaient autant de points d'appui de la médecine holistique. La physiologie, qui concernait auparavant les rapports de l'homme avec la nature [...] se limitait dorénavant au fonctionnement de l'homme. [...] Le diagnostic et la thérapeutique furent également influencés par le nouveau paradigme. Pour ces deux disciplines, le corps devint analogue à la machine, ce qui permit une approche instrumentaliste du corps. (Berliner, 1981, p. 98)

Navarro (1976) souligne quant à lui la proximité idéologique entre d'une part l'approche mécaniste et individualiste qui domine la médecine scientifique et d'autre part le libéralisme et l'individualisme, qui sont des idéologies dominantes du capitalisme :

---

[169] Selon Berliner, « la classe capitaliste, en vertu de sa domination financière, fut capable de structurer ces tendances dans le but de maintenir son contrôle sur elles » (1981, p. 97). Cette influence s'est notamment réalisée par le biais de la création et du financement d'écoles et instituts de recherche, comme le montre l'exemple de la formation médicale.

> the ideology of medicine [...] complements, rather that conflicts, with the ideology of capitalism, i. e. liberalism and individualism. And this ideology of medicine takes two forms that relate dialectically not only with each other, but also with the ideology of capitalism [...]. One form is the mechanistic conception of medicine, in which it is assumed that disease is the imbalance of the components of the machine-like body. [...] And the second form, which derives from the first, is that the cause of disease is primarily individual, and thus the therapeutic response to it is individually oriented. (Navarro, 1976, p. 206-207)

Or, ces formes idéologiques de la médecine, qui sont au cœur de la médecine scientifique qui s'impose en Europe durant la seconde moitié du XIXe siècle ainsi que de ce que Navarro appelle le « Flexnerianism » nord-américain, contribueront selon lui à légitimer et préserver l'ordre socioéconomique dominant à une époque de grands bouleversements sociaux – et sanitaires – provoqués notamment par le développement du capitalisme :

> At a time when most diseases was socially determined due to the conditions of nascent capitalism, an ideology that saw the 'fault' of disease as lying with the individual and that emphasized the individual therapeutic response clearly absolved the economic and political environment form the responsibility for disease and channeled potential response and rebellion against that environment to an individual, and thus less threatening level. The ideology of medicine was the individualization of a collective causality that by its very nature would have required a collective answer. (Navarro, 1976, p. 207)

Si cette « compatibilité » de la médecine scientifique avec le libéralisme, l'individualisme et les besoins de légitimation du système capitaliste ne peut évidemment, à elle seule, expliquer la capacité de ce modèle à s'imposer[170], elle permet néanmoins d'offrir des pistes pour comprendre le regard favorable posé par la classe capitaliste sur la médecine scientifique : « scientific medicine served a social and

[170] Des dynamiques autonomes, « internes » au champ de la médecine – ou, plus largement, de la science – sont fort probablement aussi à l'œuvre, mais il déborderait du cadre de notre démarche de les analyser ici.

ideological function that was convenient to the dominant class, i. e., the nobility in Russia and the industrial bourgeoisie in Western Europe. » (Navarro, 1977, p. 14)

Cet attachement de la classe capitaliste pour la médecine scientifique s'exprimera également (et, comme nous le verrons, paradoxalement) dans le rôle qu'elle jouera dans la promotion des premières mesures de santé publique qui se mettent en place à la même époque. Nous verrons cependant que ce rôle est ici ambigu puisque si l'initiative de plusieurs de ces mesures provient d'une certaine élite bourgeoise, la classe capitaliste dans son ensemble aura aussi tendance à résister à ces développements.

2.2 Les premières interventions étatiques en santé publique

Nous avons vu qu'un des attraits importants de la médecine scientifique du point de vue de la classe capitaliste était peut-être de proposer une approche individualiste de la maladie permettant d'écarter ses causes économiques, sociales et politiques. Sur cette base, il serait aussi logique de faire l'hypothèse que la classe capitaliste tendrait à favoriser une médecine *curative* plutôt que *préventive*, cette dernière étant susceptible de pointer en direction des causes sociales de la maladie. Dans cette optique, il apparaît à première vue étonnant que de grandes fondations capitalistes aient aussi joué un rôle décisif dans le développement des premières grandes mesures de santé publique destinées à des populations entières et que plusieurs des initiatives en la matière soient le fait de l'élite bourgeoise de l'époque. De plus, il peut paraître étrange, considérant son point de vue en matière de politiques sociales, que cette élite ait même, dans certains cas, réclamé ou suscité une intervention directe de l'État.

Ainsi, selon Desrosiers (1999), qui propose un survol historique rapide du système socio-sanitaire québécois, les premières initiatives privées d'envergure et interventions étatiques en matière de santé publique au Canada se sont produites principalement à

l'instigation et sous la pression de l'élite médicale et bourgeoise. Plus encore, il explique la sensibilité particulière de cette élite à l'égard de la santé publique justement par son ouverture aux notions nouvelles apportées par la médecine scientifique, largement étrangères aux classes populaires :

> En effet, pendant que les concepts et les pratiques issus des découvertes bactériologiques étaient acceptés et même intégrés par une bonne partie de la classe bourgeoise et la majorité des médecins, les classes paysanne et ouvrière, en majorité illettrées, restaient attachées aux conceptions anciennes, conservant une attitude fataliste face aux maladies infectieuses. (p. 7)

Desrosiers *et al.* (1998), s'ils mentionnent aussi l'influence des « croyances de la science médicale de l'époque concernant la lutte contre les maladies transmissibles » (p. 17), soulignent de plus le rôle décisif joué par la grande bourgeoisie américaine, et notamment par la Fondation Rockefeller, dans le développement des unités sanitaires de comté au Québec au début du XXe siècle :

> Le modèle des unités sanitaires de comté du Québec, s'il paraît [...] enfoncer ses racines dans les efforts de santé publique du Conseil supérieur puis du Service provincial d'hygiène ainsi que d'œuvres privées comme celles de la Ligue antituberculeuse et de la Goutte de lait, emprunte une bonne partie de sa structure de base et son sigle à l'expérience de son grand voisin du Sud. (1998, p. 18)

En effet, les unités sanitaires de comté furent d'abord développées à partir de 1910 aux États-Unis à l'instigation de la Fondation Rockefeller. Conçues dans le cadre d'une campagne pour lutter contre l'ankylostomiase, elles furent expérimentées dans quelques États du sud puis rapidement étendues non seulement aux États-Unis, mais aussi dans plusieurs autres pays, dont le Canada. En ce qui concerne plus spécifiquement le Québec, la Fondation jouera un rôle direct dans l'implantation du modèle en menant et finançant des enquêtes sur les services de santé publique québécois, en établissant des contacts soutenus avec la direction du Service provincial d'hygiène et en finançant partiellement le développement des nouvelles unités

sanitaires de comté au Québec. (Desrosiers *et al.*, 1998, p. 18-20)[171] Enfin, si les unités sanitaires de comté seront créées en partie sous l'influence de la grande bourgeoisie américaine, Desrosiers *et al.* mentionnent qu'elles recevront également un soutien de la classe capitaliste locale :

> D'autres groupes de pression vont intervenir pour favoriser l'implantation des unités sanitaires. C'est le cas en particulier des chambres de commerce, bien que certaines d'entre elles se soient plutôt prononcées en faveur du maintien des structures de santé municipale existantes [...]. (1998, p. 46)

Cet appui de la classe capitaliste au développement de mesures de santé publique peut sembler surprenant à première vue, surtout lorsque l'on considère que cette classe est généralement réfractaire aux politiques sociales, et plus encore aux politiques sociales qui impliquent une intervention de l'État (voir *supra*, chapitre 1). Cependant, une analyse des *motifs* derrière cet appui permet de constater que ce point de vue sur la santé publique correspond à certains des grands principes fondamentaux typiques du point de vue de la bourgeoisie en matière de politique sociale. Plus précisément, il ressort clairement des sources à notre disposition que du point de vue de la classe capitaliste, certaines mesures de santé publique sont apparues essentielles à la reproduction de la main-d'œuvre, dont l'état de santé se dégrade notablement avec le développement du capitalisme industriel. Selon plusieurs auteurs, ces initiatives bourgeoises en faveur de la santé publique s'expliquent également par le caractère particulier (universel) de la menace posée par les maladies infectieuses.

Soulignons que cette interprétation n'est pas seulement mise de l'avant par les auteurs qui proposent une analyse de classe. C'est le cas de Desrosiers (1999), pour qui l'appui de la bourgeoisie aux mesures de santé publique provient d'une volonté de se protéger elle-même ainsi que sa main-d'œuvre contre le risque des maladies infectieuses :

---

[171] Soulignons que ce financement sera conditionnel à une participation financière directe du gouvernement provincial et des autorités locales (municipales).

> Pour l'élite bourgeoise, il devenait possible [avec les découvertes bactériologiques de la seconde moitié du XIXe siècle], sinon d'éliminer, du moins de limiter considérablement la diffusion de ces maladies dans la population. On avait maintenant les moyens de se protéger et aussi éventuellement de protéger la main-d'œuvre ouvrière dans une société en cours de transformation industrielle. (1999, p. 6)

Quant aux motivations de la Fondation Rockefeller pour fonder ou susciter la création des unités sanitaires de comtés, Brown (1981) propose une analyse des premiers programmes de santé publique organisés et financés par cette fondation qui montre que ses motivations concernent directement la « qualité » de la main-d'œuvre. Ainsi, nous avons vu que les premières unités sanitaires de comtés expérimentées dans les États du sud des États-Unis avaient pour but principal de lutter contre l'ankylostomiase. Or, selon Brown :

> Ce n'est pas par hasard que l'organisation Rockefeller fit de l'ankylostomiase l'objet de sa première grande incursion dans le secteur de la santé publique. En cas de forte infection, la maladie qui en résulte provoque notamment une anémie particulièrement affaiblissante. [...] L'ankylostomiase réduisait la force et la productivité des travailleurs [...] et avait donc des conséquences directes sur les profits. Quelle qu'ait été la fierté ressentie par Rockefeller et Gates d'avoir soulagé des milliers d'habitants du Sud, il est clair que leur première motivation était d'accroître la productivité de ces travailleurs en les libérant du parasite endémique. (1981, p. 123)

Brown montre également de manière convaincante que des motivations semblables expliquent la volonté d'exporter ce modèle dans d'autres pays : « Dans leurs programmes de santé publique menés à travers le monde, les Rockefeller et leurs équipes semblent, d'après leurs propres écrits, avoir été d'abord et avant tout préoccupés par la productivité de la force de travail de chaque pays. » (1981, p. 127) Plus encore, ces écrits suggèrent une conception de la santé définie étroitement par la productivité du travail :

> Ainsi la *International Health Commission* de la Fondation Rockefeller, et avant elle, la *Rockefeller Sanitary Commission*, ont associé la santé à la capacité de

> travail et ont évalué l'amélioration de la santé – qui est une donnée qualitative – par des hausses – quantitatives – de productivité. (Brown, 1981, p. 128)

Dans un ouvrage résumé par Markowitz (2000), D. Porter montre que ces préoccupations de la classe capitaliste pour la reproduction de sa main-d'œuvre mais aussi pour la protection de sa propre santé ne sont pas uniques à la bourgeoisie canadienne et américaine mais qu'elles marquent le développement des interventions en santé publique dans la plupart des pays capitalistes occidentaux :

> One of Porter's major themes is that the concern with health evolved from a special regard for upper class comfort into an attempt to alleviate epidemic disease among workers who were producing the enormous wealth in capitalist societies. In the early nineteenth century, 'it was the economic value to expanding industrial societies of preventing premature mortality which was ultimately responsible for public health reform.' Further, with the rise of cities and consumer societies, disease among the working class could have a devastating effect on the health of middle and upper classes. (p. 489)

Navarro, qui analyse la réforme des Zemstvo[172] dans la Russie tsariste du XIXe siècle, souligne quant à lui que ces inquiétudes débordent la classe capitaliste occidentale et qu'elles affectent aussi la noblesse russe de l'époque. En effet, c'est selon lui principalement pour se protéger elle-même des maladies infectieuses (et non pas, ici, pour favoriser la reproduction d'une classe ouvrière de toute façon pratiquement inexistante) que la noblesse initiera cette réforme :

> I would postulate, therefore, that far more important than the reasons enumerated above were (1) the Czarist nobility's increased concern that it was floating in a sea of disease, the diseased rural population ; (2) its perception that its own health, or lack of it, was dependent on the overall health of the population (due to the introduction of the theory of infectious diseases in Russia at that time) ; and (3) the nobility's belief that 'scientific medicine' – the latest modernizing

[172] Cette réforme, initiée en 1864, visait le développement d'un réseau décentralisé de dispensaires accessibles à la population paysanne. Elle est généralement considérée comme « the first case in the world of organizing medicine and hospital care services on a large scale. » (p. 9) Il pourrait d'ailleurs être très intéressant de la comparer non seulement au modèle des unités sanitaires de comté, mais aussi à la création des CLSC.

> influence coming from Europe – could, by reducing the number of epidemics affecting the overall population, reduce as well the risk of its own contamination. (p. 10)

L'attention accordée jusqu'à maintenant aux initiatives bourgeoises en matière de santé publique ne doit cependant pas masquer un fait pour le moins important lorsqu'il s'agit de comprendre le point de vue de la classe capitaliste sur la santé et son rôle dans le développement des mesures de santé publique : si de grands capitalistes ou une certaine élite bourgeoise ont milité en faveur de ces mesures, des fractions importantes de la classe capitaliste ont aussi eu tendance, historiquement, à *s'opposer* à plusieurs réformes essentielles à l'hygiène et à la santé publiques.

Ceci ressort clairement de l'analyse de Harvey (2012). Si elle souligne elle aussi le rôle joué par la crainte de la contagion dans l'activisme de l'élite anglo-protestante montréalaise en matière de santé publique au XIXe siècle, elle montre cependant que *seule une fraction de cette élite* se préoccupe de la menace pour la santé publique posée par le manque d'hygiène dans les quartiers ouvriers. Informée par la théorie des miasmes, dominante à cette époque, cette partie « éclairée » de l'élite tentera sans succès de convaincre que les maladies associées à la pauvreté posent un risque pour l'ensemble de la communauté. Malgré de nombreux appels à la réforme, les interventions de la communauté anglophone protestante dans ce domaine seront tardives et minimales :

> Il semble que dans le Montréal du XIX^{e} siècle la pauvreté et le pauvre étaient considérés comme une réelle menace à l'ordre social, alors que l'hygiène était moins préoccupante, essentiellement parce que l'on croyait pouvoir circonscrire les problèmes qui y étaient associés aux seuls quartiers de la ville habités par des pauvres qui suscitaient la méfiance. (2012, p. 136)

Elle souligne aussi que si une fraction éclairée de cette élite militait pour des mesures de santé publique, une proportion importante de la classe capitaliste s'y opposait, principalement parce que de telles mesures impliquaient des coûts importants ainsi

qu'une menace sur la propriété privée (puisqu'un des principaux problèmes identifiés était celui de l'insalubrité des logements) :

> peu d'efforts ont été entrepris afin de faire face aux risques associés à la santé publique, parce que de tels efforts impliquaient des investissements publics ainsi qu'une remise en cause des droits de propriété que l'élite n'était pas prête à envisager, surtout pour résoudre un problème que plusieurs considéraient comme limité aux quartiers de la ville habités par des groupes marginaux. (p. 137)

Leys (2009) considère lui aussi que la classe capitaliste a, dans son ensemble, généralement été un obstacle aux mesures de santé publique. Soulignant le rôle central joué par le « mouvement hygiéniste » du XIXe siècle dans les progrès spectaculaires réalisés depuis cette époque en matière de santé (il parle de la « révolution de la mortalité »), il insiste sur les résistances capitalistes à ces mesures et sur le fait que ce sont finalement les craintes de contagion qui vaincront ces résistances :

> A significant fall in urban mortality began only when the effects of the 'sanitation movement' began to be felt from the 1870s onwards, providing sewers and clean water supplies, improved housing and uncontaminated food. The sanitation drive was often resisted by capitalists – for example by employers who did not want to pay higher taxes for sewage or spend money on replacing unfit workers housing, and by private suppliers of water and purveyors of unclean food. But the sanitation movement gradually prevailed, thanks to the fear of epidemics, to which the middle and upper classes were not immune [...]. (p. 3)

Il en conclut que la révolution de la mortalité s'est produite *malgré le capitalisme* davantage que grâce à lui : « to the extent that capitalist industrialisation aggravated the threat from infectious deseases, and that [...] capitalists often resisted the measures that eventually overcame them, it [the mortality revolution] occurred it spite of capitalism, as much as because of it. » (p. 2)

Ces conclusions sont fortement appuyées par les travaux de Rosen (1993) qui, dans un ouvrage substantiel sur l'histoire de la santé publique, souligne comment l'industrialisation – et l'urbanisation anarchique qui l'accompagne – auront des

conséquences dramatiques sur la santé des populations et, plus particulièrement, sur la santé de la classe ouvrière émergente :

> The problem of the public health was inherent in the new industrial civilization. The same process that created the market economy, the factory, and the modern urban environment also brought into being the health problems that made necessary new means of disease prevention and health protection. (Rosen, 1993, p. 177)

C'est d'ailleurs dans l'Angleterre du XIXe siècle, à l'avant-garde de la révolution industrielle et confrontée de ce fait à plusieurs problèmes criants de santé publique, que naîtra le mouvement hygiéniste. Les motivations derrière ce mouvement, porté principalement par certains représentants « éclairés » – dont des médecins – de la nouvelle classe des industriels (Rosen, 1993, p. 171-176), sont semblables à celles mentionnées par les auteure et auteurs précédents : risque de contagion des classes supérieures[173], impacts des épidémies sur la productivité de la classe ouvrière[174]. De plus, une fois établi le lien entre maladie et pauvreté – la première étant considéré comme une des causes importantes de la seconde –, on commencera à voir dans les mesures de santé publique une manière de réduire la pauvreté et, du même coup, les coûts liés aux mesures d'aide sociale[175].

Toutefois, durant plusieurs décennies, les tentatives de réformes en matière de santé publique resteront isolées et, de ce fait, largement inefficaces pendant que la santé des

---

[173] Rosen souligne particulièrement l'effet pédagogique de l'épidémie de choléra des années 1831 et 1832 : « It soon became apparent at this time that the disease sought out the poorer districts, the places where sanitation was most neglected, the areas most befouled by excremental filth and other accumulated dirt. Furthermore, it was equally evident that the disease was not limited to the lower classes, and the conclusion to be drawn was quite clear. » (1993, p. 184)

[174] « It was observed that not only was the working population more severely attacked than other elements of the community, but that these outbreaks created an economic loss, which adversely affected the whole community. [...] It was this recognition of the economic and social costs of preventable disease, which provided the stimulus for action to better public health. » (Rosen, 1993, p. 188)

[175] Voir la section de l'ouvrage éloquemment intitulée « Reduce taxes by preventing disease ! » (Rosen, 1993, p. 182-187). Rappelons ici que ces développements se produisent à la même époque que l'adoption de la *New Poor Law* de 1834 qui instituera les *workhouses*, financées par les fonds publics (Rosen, 1993, p. 176-177).

populations continuera de se détériorer en même temps que s'approfondissent les processus d'industrialisation et d'urbanisation :

> as the nineteenth century progressed, the growth of unhealthy conditions far outran attempts at improvement. This situation was generally true throughout the country. More and more English people lived in towns and worked in factories, and as this new way of life spread, health conditions deteriorated, leaving far behind any voluntary, piece-meal efforts to cope with the problem. (Rosen, 1993, p. 177-178)[176]

Les travaux de Rosen permettent ici aussi d'étayer les analyses de Harveys et de Leys présentées plus haut puisqu'ils montrent qu'un des facteurs importants permettant de comprendre ces difficultés renvoie aux résistances opposées par la classe capitaliste aux tentatives de développer des mesures de santé publique. Le cas des infrastructures d'hygiène est à cet égard emblématique. Leur développement étant entièrement laissé au libre jeu du marché, ces infrastructures resteront virtuellement inexistantes durant une bonne partie du XIXe siècle, alors même que l'urbanisation croissante accentuait les besoins en la matière : « there was little interest in sanitary arrangements, since expenditures for such facilities were not considered remunerative. » (Rosen, 1993, p. 181)

Si une partie de l'élite bourgeoise militera en faveur d'une intervention de l'État dans ce domaine, plusieurs tentatives de réformes en ce sens seront un échec. Ainsi, en 1844 et 1845, la *Royal Commission for Inquiry into the State of Large Towns and Populous Districts* publie deux rapports dont les principales recommandations concernent l'octroi au gouvernement national d'une responsabilité en matière de santé publique ainsi que de nouveaux pouvoirs « to look into and to supervise the execution of all

---

[176] L'auteur précise que cette détérioration considérable de la santé des populations de même que la demande de réforme sanitaire qui l'accompagne est commune à tous les pays de l'époque qui connaissent un développement industriel important : « Nor should one think that such conditions were limited to Great Britain. Equally dismal and brutal conditions were to be found from the 1830's onward in France, Belgium, Prussia, and the United States, in fact, wherever the new industrial system took root and developed. In all these countries the response was similar – a demand for sanitary reform. » (Rosen, 1993, p. 182)

general measures for regulating the sanitary condition of larger urban communities. » (Rosen, 1993, p. 193) Au niveau local, on recommande que « the necessary arrangements for drainage, paving, and cleansing, and for the provision of ample supplies of water be placed under a single administrative body. » (Rosen, 1993, p. 193)

Toutefois, ces mesures étant perçues comme une menace à la propriété privée, elles parviendront difficilement à être appliquées : « Legislation to implement the recommendations of the Commission was delayed in part for immediate political reasons, and in part because the need to keep property inviolate imposed limits on the extent to which reform might be undertaken. » (Rosen, 1993, p. 193) Dans les années qui suivront, plusieurs projet de loi allant dans le sens de ces recommandations seront défaits « because of opposition from those whose pecuniary interests were likely to be affected » (Rosen, 1993, p. 195). Ce n'est finalement que sous la menace du Chartisme et la peur d'une insurrection ouvrière que des réformes seront entreprises :

> Meanwhile, however, the government was being forced to give way by pressure of circumstances, and to enact a number of legislative measures more limited in application. England was stirred by Chartism at this time, and the specter of a proletarian uprising, casting an ominous shadow on the middle-class mind, acted as a persuasive argument toward some degree of reform. (Brown, 1993, p. 195)[177]

Ces réformes culmineront avec le *Public Health Act* de 1848 et la création du *General Board of Health*, considérés par Rosen comme un tournant dans l'histoire de la santé publique :

> The General Board of Health was empowered to establish local boards of health [...]. Authority was given to the local boards to deal with water supply, sewerage, control of offensive trades, provision and regulation of cemeteries, and a number of other matters. To carry out these functions, each board was empowered to appoint an officer of health [...] as well as an inspector of nuisances [...]. In addition, the central Board had some general powers to institute surveys and

[177] La classe moyenne désigne ici la nouvelle classe industrielle (capitaliste).

> investigations of the sanitary conditions of particular districts. (Rosen, 1993, p. 197)

Néanmoins, et malgré certains accomplissements, cette nouvelle instance devra dès le départ faire face à une opposition farouche de la classe capitaliste et elle aura finalement une existence éphémère :

> From the beginning, the activities of the Board of Health encountered the opposition of vested interests. Even its most elementary proposals for the improvement of drainage and water supplies were opposed in the sacred names of property and human freedom. [...] As time went on, [...] the Board became more and more unpopular. Too many toes were stepped on ; individuals and groups whose interests were adversely affected became increasingly vigorous in their opposition. (Rosen, 1993, p. 198-199)

Ces quelques exemples permettent d'illustrer le caractère pour le moins ambigu du point de vue de la classe capitaliste à l'égard de la santé publique. Nous avons vu qu'une partie « éclairée » de cette élite a été très active pour favoriser le développement des mesures de santé publique, motivée en cela par son intérêt pour une main-d'œuvre de qualité (et donc en santé) ainsi que par la crainte de la contagion. Toutefois, nous avons également pu constater que la classe capitaliste a aussi directement contribué à empêcher ou à retarder plusieurs des réformes importantes – notamment au niveau des infrastructures d'hygiène de base – qui ont joué un rôle majeur dans l'amélioration de l'état de santé des populations (ou, en d'autres termes, dans la « mortality revolution » dont parle Leys). Ces mesures impliquant nécessairement des coûts économiques importants et, surtout, une remise en question des droits de propriété, elles ne pouvaient que susciter une opposition de la part des intérêts économiques ainsi menacés.

En cela, on peut dire que, malgré l'apparent paradoxe noté en début de section, le point de vue d'une partie importante la classe capitaliste en matière de santé publique est parfaitement cohérent avec l'hypothèse formulée par Berliner et Navarro pour expliquer le regard favorable posé par les capitalistes sur la médecine scientifique. En effet, le cas de la santé publique montre bien comment, dans un contexte où le

capitalisme industriel est lui-même un vecteur majeur de maladie, s'attaquer aux causes profondes (environnementales et donc sociales) de celle-ci menace directement les intérêts fondamentaux de la classe capitaliste, d'où l'attrait exercé par la conception mécaniste et individualiste de la médecine scientifique qui émerge à la même époque.

2.3 Les sociétés ouvrières de secours mutuels

Les thématiques abordées jusqu'à maintenant nous renseignent peu sur le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé. Les sources consultées ne font pas état de mobilisations importantes de cette classe sur des enjeux liés au développement de la médecine scientifique, de la profession médicale ou de la santé publique durant le XIXe siècle et le début du XXe siècle. Si Rosen (1993) mentionne que les premières mesures législatives sérieuses en matière de santé publique ne seront adoptées que sous la menace d'une insurrection ouvrière, et si on peut penser que ce climat social menaçant était lié aux conditions de vie malsaines de la classe ouvrière émergente, rien n'indique dans ces sources que la classe des travailleuses et des travailleurs s'est, à cette époque, organisée autour d'enjeux lié à la santé. Au contraire, l'article de Desrosiers suggère une certaine passivité des classes paysanne et ouvrière sur les questions de santé durant cette période, due principalement, selon lui, à « une attitude fataliste face aux maladies infectieuses. » (1999, p. 7)

Les sources de seconde main sur l'histoire du mouvement syndical québécois ne font pas non plus mention d'un intérêt significatif du mouvement syndical de la fin du XIXe et du début du XXe siècle pour les thématiques abordées plus haut. Seul Rouillard indique que les années 1880 sont marquées par un élargissement et une certaine politisation des revendications syndicales et que, dans ce contexte, des regroupements

syndicaux destinés à influencer les pouvoirs politiques développeront des positions incluant, dans au moins un cas, des demandes en matière de santé publique (2004, p. 31). La recherche d'archives, limitée aux années 1950-1980, n'a pas non plus permis de recueillir des données qui nous aurait informé du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs sur ces thématiques au tournant du XXe siècle. Toutefois, nous verrons plus loin que le mouvement syndical et le mouvement populaire québécois ont développé, à partir des années 1960, un point de vue original sur les questions de santé publique (ou du moins sur les liens entre les conditions de vie, la prévention et les maladies), sur la profession médicale et sur le modèle biomécanique, individualiste et curatif de la médecine scientifique.

Jusqu'à maintenant, tout indique donc que le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé est, au XIXe siècle, avant tout caractérisé par la passivité et le fatalisme. Si les revendications ouvrières sur la santé et la sécurité au travail permettront de nuancer cela, comme nous le verrons dans la prochaine section, le cas des sociétés ouvrières de secours mutuels nous permet également de comprendre que cette relative passivité ne s'explique pas simplement, comme le suggère Desrosiers (1999), par le manque d'éducation ou l'ignorance de la classe des travailleuses et des travailleurs. Les sociétés ouvrières de secours mutuels étant des initiatives autonomes de la classe ouvrière du XIXe siècle, elles nous donnent également des indications supplémentaires quant au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs de cette époque sur la santé[178].

Notons d'abord que ces sociétés, qui émergent au milieu du XIXe siècle en l'absence de toute autre forme d'assurances sociales ou privées, sont révélatrices d'une certaine conception de « l'aide sociale » cohérente avec le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de politiques sociales présenté plus haut.

[178] Cette section se fonde sur une partie de la littérature sur le développement des assurances privées et sociales au Québec, littérature qui sera exploitée davantage dans le chapitre 3, qui porte directement sur cette question.

Cette conception de l'aide sociale ne passe ni par des revendications adressées à l'État, ni par la charité octroyée par la classe capitaliste, mais plutôt par la construction d'une solidarité ouvrière autonome et démocratique :

> Définie en opposition à la charité de l'élite, la mutualité ouvrière permet en fait d'asseoir un projet solidaire qui dépasse largement la simple administration des secours économiques. Ainsi, pour de nombreux mutualistes de l'époque, les secours mutuels permettent de refonder le lien social à l'intérieur des communautés ouvrières qui doivent faire face aux transformations apportées par le capitalisme industriel. Ces sociétés vont ainsi participer à la formation d'une identité ouvrière de classe dans la seconde moitié du 19e siècle. (Petitclerc, 2005, p. 2)

En ce qui concerne plus spécifiquement le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé, l'expérience des sociétés de secours mutuels tend elle aussi à montrer que ce point de vue est marqué par un certain fatalisme face à la maladie. Toutefois, ce fatalisme n'apparaît pas ici simplement comme le fruit d'un manque d'éducation, mais plutôt comme le résultat des conditions matérielles d'existence de la classe des travailleuses et des travailleurs, conditions avant tout caractérisées par une très grande précarité économique qui permet difficilement de prioriser l'accès à des soins coûteux : rappelons qu'à cette époque, les soins médicaux relèvent entièrement du marché privé. Quant aux soins hospitaliers, ils consisteront jusqu'à la fin du XIXe siècle davantage à prendre soin des personnes indigentes mourantes qu'à soigner les malades (Swartz, 1977, p. 327-328 ; Rousseau, 2004, p. 174).

Dans un tel contexte, les préoccupations ouvrières face à la santé concerneront moins la possibilité de prévenir ou de guérir la maladie que celle de faire face à ses conséquences financières dans le cas d'une incapacité à travailler :

> La précarité économique des ménages ouvriers les oblige souvent à privilégier un revenu de remplacement – même partiel – aux dépens du paiement de soins médicaux et hospitaliers. Voilà en partie pourquoi la mutualité québécoise s'est

> toujours contentée d'offrir une protection contre la perte du salaire, le principal risque des ménages ouvriers à l'époque. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 33-34)

Ainsi, les sociétés ouvrières de secours mutuels ne visent pas d'abord à donner accès à des soins de santé. Elles visent plutôt à permettre le remplacement du revenu et une forme de « soutien moral » aux malades :

> Essentiellement, elles offrent des secours en espèces permettant de remplacer en partie la perte du salaire subite par le membre malade. Mais les sociétés ouvrières ne se contentent pas de donner une indemnité financière aux membres malades. En effet, l'indemnité est toujours accompagnée d'une 'visite fraternelle'. [...] Cela semble indiquer que dans les communautés ouvrières, la maladie requiert moins une intervention médicale qu'un encadrement symbolique, bien rendu par le rituel fraternel de ces associations. Les sociétés auront bien recours aux services des médecins, mais leur rôle se limitera essentiellement à l'examen des membres aux maladies les plus douteuses et à la présentation de dépositions dans les cours de justice... » (Petitclerc, 2005, p. 2)

Selon Petitclerc, ce n'est qu'à partir du début du XXe siècle qu'on assiste à l'émergence de « nouveaux besoins sanitaires de la population ouvrière qui ne considère plus la maladie comme une fatalité. » (2005, p. 3) Cette évolution conduira éventuellement à des revendications en matière d'accès aux soins médicaux (assurance hospitalisation, assurance maladie), mais les préoccupations prioritaires de la classe des travailleuses et travailleur pour des indemnités de remplacement en cas de maladie et d'incapacité à travailler perdureront au moins jusque dans les années 1930, comme nous le verrons plus loin avec l'épisode de la Commission Montpetit sur les assurances sociales (Petitclerc, 2012).

Il s'agit donc là d'un trait central du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs de l'époque en matière de santé : ses conditions d'existence étant caractérisées avant tout par une grande précarité économique, la maladie est d'abord conçue comme une menace sur la capacité à travailler et à subvenir à ses besoins de base. Au moment où la classe ouvrière s'organise dans des sociétés de secours mutuels, la priorité est donc logiquement accordée à la nécessité de se protéger contre les

conséquences financières potentiellement catastrophiques de la maladie plutôt qu'à l'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

Quant aux facteurs qui expliquent l'émergence des « nouveaux besoins » de la classe ouvrière en matière de santé à partir du début du XXe siècle, nous y reviendrons au moment de présenter les points de vue de classe qui se développent autour de l'enjeu des assurances. Nous verrons alors que cette émergence est liée : 1) aux mutations dans la vocation de l'hôpital qui se produisent au tournant du XIXe siècle de même qu'au virage hospitalo-centrique qui se réalise durant la première moitié du XXe siècle ; et 2) au développement, à la même époque, d'une offre d'assurances maladies privées centrées sur l'accès aux soins médicaux et hospitaliers plutôt que sur les indemnités de remplacement du revenu, développement qui contribuera lui-même au virage hospitalo-centrique des premières décennies du XXe siècle.

Avant de revenir, dans une section subséquente, sur ces développements et sur les positions de classes en matière de santé qu'ils révèlent, il est intéressant de s'attarder à l'enjeu de la santé et sécurité au travail, qui peut aussi nous renseigner sur les positions de classes en matière de santé au XIXe siècle et qui, surtout, remet en question (ou du moins contribue à nuancer davantage) l'idée d'une passivité et d'un fatalisme de la classe des travailleuses et des travailleurs face aux questions liées à la santé durant cette période.

2.4 Les premières luttes pour la santé et la sécurité au travail

Jusqu'ici, il se dégage de notre démarche que le point de vue en matière de santé de la classe des travailleuses et des travailleurs du XIXe siècle est marqué par un certain fatalisme face à la maladie de même que par une préoccupation prioritaire pour un revenu de remplacement en cas d'incapacité à travailler liée à la maladie. Pour l'instant,

les préoccupations pour la prévention ou la guérison de la maladie semblent pratiquement absentes de ce point de vue.

La question se présente toutefois sous un jour très différent lorsqu'on s'éloigne des thématiques habituellement abordées dans les analyses de l'histoire du système socio-sanitaire et qu'on recentre l'attention sur le lieu où s'enracinent l'organisation et la mobilisation de la classe des travailleuses et des travailleurs : le milieu de travail. Ce changement de focus permet de faire apparaître un enjeu ignoré jusqu'à maintenant – et rarement inclut dans les analyses du système socio-sanitaire parce que considéré indépendant de ce dernier – mais qui constitue certainement un des déterminants majeurs de la santé des travailleuses et travailleurs de l'époque (et d'aujourd'hui) : les conditions de travail.

Sur cet enjeu, nous verrons que la classe des travailleuses et des travailleurs développe dès le XIXe siècle un point de vue qui, à l'opposé du fatalisme, conçoit plutôt les problèmes de santé (accidents de travail et maladies professionnelles) comme *évitables* (et donc possibles à prévenir) et comme des *enjeux politiques* autour desquels construire des revendications et des luttes. En fait, nous verrons que le fatalisme se profile plutôt, sur cette question, du côté de la classe capitaliste, pour qui une part importante des accidents de travail et maladies professionnelles sont le résultat inévitable du développement industriel capitaliste, lui-même considéré comme inéluctable.

Ainsi, Therborn insiste sur le fait que, dans l'histoire de l'émergence des mouvements ouvriers organisés, la question de la santé et de la sécurité au travail apparaît clairement comme une des revendications prioritaires de la classe des travailleuses et des travailleurs : « The first working-class priority is undoubtedly protection of the class itself (*Arbeiterschutz* or worker's protection, as it is terme tellingly in German) : safety at work, union rights and leisure from work. » (1984, p. 21) K. Lippel, qui s'intéresse plus particulièrement au cas de la santé et sécurité au travail au Québec, considère

également que durant la seconde moitié du XIXe siècle, « [l]a santé des travailleurs et les conditions de travail dangereuses devenaient, à travers le monde semi-industrialisé, un point de ralliement pour les organisations des travailleurs. » (1986, p. 5) Navarro considère quant à lui que la lutte pour la réduction des heures de travail, qui constitue dans beaucoup de pays une des premières luttes menées par les mouvements ouvriers, est elle-même étroitement et consciemment liée à des questions de santé : « The long struggle which the working class carried out in the 19th and 20th centuries in the United States and many other countries as well to limit the daily working hours to eight already had as its goal a redefining of the meaning of work and health. » (1983, p. 13)

E. Tucker (1990) soutient lui aussi que des enjeux de santé se profilent derrière le mouvement pour la journée de neuf heures de 1872 au Canada. Plus encore, il y voit le point de départ des préoccupations des travailleuses et travailleurs canadiens pour la santé et la sécurité au travail :

> the nine-hour movement of 1872 provides a better point of departure for a more detailed examination of the development of worker concerns over occupational health and safety. The extent to which leaders of the nine-hour movement linked the length of the working day to the health of workers is unclear. Certainly, the adverse effects of protracted working hours on the physical health of the workers were not the principal justification [...]. However, it is clear that the nine-hour movement raised the relation between hours of work and health [...]. (1990, p. 79)

Cet auteur propose une analyse détaillée de l'émergence des premières lois en matière de santé et sécurité au travail au Canada. La présente section reposera en bonne partie sur cette analyse, bien qu'elle ne fasse pas mention des développements québécois sur la question. Son intérêt est centré sur la loi ontarienne de 1884, qui représente la première loi canadienne d'envergure adoptée en matière de santé et sécurité au travail (elle avait été précédée de quelques lois spécifiques et sectorielles restées largement sans effet). En cela, elle aura une influence décisive sur les lois adoptées par la suite dans les autres provinces, y compris au Québec : « la loi québécoise, qui est presque

une traduction du texte législatif ontarien, s'intitule Acte des manufactures du Québec et elle est sanctionnée le 9 mai 1885. » (Pontaut, 1985, p. 14)

L'intérêt pour notre démarche de l'analyse proposée par Tucker tient toutefois surtout au fait que contrairement aux sources consultées sur le Québec (Pontaut, 1985 ; Lippel, 1986), elle documente et expose de manière approfondie le point de vue respectif des classes capitaliste et laborieuse (canadiennes, mais surtout ontariennes) sur la question de la santé et de la sécurité au travail. Nous verrons néanmoins que les quelques indications données à cet égard par Pontaut et Lippel ne suggèrent pas l'existence de divergences majeures entre les points de vue de classe ontariens/canadiens et québécois, au contraire : elles pointent plutôt vers une communauté de vue frappante.

Tucker souligne d'abord que les premières tentatives de légiférer sur les conditions de travail et sur la sécurité dans les manufactures ne se feront pas, au départ, sous la pression du mouvement ouvrier : « The first attempts to enact factory legislation were not initiated by the labour movement but rather by Dr Darby Bergin, a Conservative backbencher in the dominion Parliament from Cornwall. » (1990, p. 82-83) Contrairement à ce qui s'est produit en Grande-Bretagne, il n'y a pas au Canada à cette époque de mouvement social spécifiquement dédié à la promotion d'une telle législation (1990, p. 77) et, au moment où ce premier projet de loi d'envergure sur la question est soumis au Parlement fédéral, en 1879, le mouvement syndical est fortement désorganisé (1990, p. 83).

Toutefois, à la faveur de la croissance économique des années 1879-1885, le mouvement ouvrier organisé se reconstituera progressivement et militera activement, à partir du début des années 1880, pour la promulgation d'une loi encadrant les conditions de travail et la santé et la sécurité sur les lieux de travail. C'est finalement en bonne partie sous cette pression que sera adoptée la loi ontarienne de 1884. Restituer ici les étapes de cette lutte (projets de loi successifs, tous avortés au niveau fédéral, commission d'enquête fédérale, déplacement des revendications au pallier provincial,

etc.) déborderait largement le cadre de notre démarche. Il s'agira plutôt de présenter les points de vue de classe tels qu'ils s'expriment dans cette lutte, de même que dans les conflits subséquents qui entoureront l'application de la loi de 1884 et qui mèneront éventuellement à l'adoption de la loi ontarienne de 1914 sur l'indemnisation en cas d'accidents de travail, pionnière canadienne en la matière.

Si le mouvement ouvrier organisé sera unanimement favorable à l'adoption d'une loi sur les manufactures (*factory legislation*), le point de vue de la classe capitaliste sur la question est encore une fois plus ambigu, quoique cohérent avec son point de vue en matière de politiques sociales. En 1881, en réponse à un troisième projet de loi du député conservateur Bergin, le gouvernement fédéral mettra sur pied, en échange du retrait du projet de loi, une commission d'enquête « to look into the conditions of mills and factories in the dominion. » (Tucker, 1990, p. 87) La réaction d'une partie des employeurs et propriétaires de manufactures lors de la tournée nationale des commissaires témoignera d'une opposition virulente, pour certains d'entre eux, à toute intervention gouvernementale en la matière :

> Apparently, the commissioners met with some resistance from factory owners during their tour. In explaining the reasons for the delay in issuing their report, they noted that they had trouble obtaining information from factory managers. Indeed, they noted that in some instances they were refused admission to factories by managers who told them that *the government had no business interfering in matters of trade*. (Tucker, 1990, p. 87)[179]

Néanmoins, le rapport final des commissaires montre que cette opposition n'est pas representative du point de vue de l'ensemble de la classe capitaliste canadienne de l'époque : « the more surprising aspect of the commissioners' report was the *generally*

---

[179] C'est moi qui souligne. Pontaut rapporte, pour le Québec, une réaction similaire du patronat suite à l'adoption de la loi québécoise de 1885 : « cette première législation de contrôle heurte de front la conception du libéralisme économique selon laquelle *c'est le patronat et non l'État qui doit fixer les règles du monde du travail*. Ce n'est pas par la contrainte odieuse de la réglementation que peut être améliorée la condition ouvrière mais par le dynamisme d'un patronat dont on n'a pas à mettre en doute l'esprit de responsabilité et de justice, l'attachement naturel au bien commun. » (1985, p. 16)

favorable reception Bergin's proposed factory legislation received from Ontario manufacturers. » (1990, p. 89)[180] Selon Tucker, cette attitude relativement favorable s'explique par le fait que la classe capitaliste

> *accepted the inevitability of legislation*. The strategy that followed from this view was not to antagonize public opinion by appearing to be obstructionist, but rather *to accept publicly the need for legislation, while at the same time delaying its enactment and assuring that its impact would be moderate*. (p. 89-90)[181]

Dans les pressions qu'elle exercera pour influencer le contenu de la loi, dont l'adoption éventuelle est désormais conçue comme inévitable, la classe capitaliste tentera donc systématiquement d'en *modérer la portée et la force* : principalement, on tentera d'une part, avec succès, d'en restreindre l'application aux manufactures les plus importantes ainsi qu'à certains secteurs d'activité seulement, et on s'opposera d'autre part, avec un succès mitigé, à la dévolution de pouvoirs trop importants aux inspecteurs (et éventuellement aux inspectrices) chargés d'appliquer la loi.

Ces revendications seront en bonne partie justifiées par les contraintes imposées par le développement industriel capitaliste et par les exigences de compétitivité et de profits qui l'accompagnent. En d'autres termes, du point de vue de la classe capitaliste, *la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs est inévitablement subordonnée à ces contraintes et exigences*. Ainsi, dans un éditorial à propos d'un nouveau projet de loi sur les manufactures, soumis cette fois au Sénat par le gouvernement fédéral en 1882, le *Canadian Manufacturer* met en garde contre tout excès en matière de régulation des manufactures au nom de la compétitivité fragiles des manufactures canadiennes : « 'our infant manufactures that have foreign competition to face cannot afford to carry the extra weight of strikes ; and let's add that neither can they yet carry the extra weight of too much factory legislation.' » (1990, p. 91-92)

---

[180] C'est moi qui souligne.
[181] C'est moi qui souligne.

Dans la même optique, en réponse à un autre projet de loi soumis à la Chambre des communes en 1883 par le gouvernement fédéral, l'Association des manufacturiers de l'Ontario convoque une rencontre sur le sujet :

> There was a unanimous feeling that the factory inspectors were being given too much power and that there were insufficient safeguards for manufacturers 'who might become their victims.' The *Canadian Manufacturer*, following the meeting, published an editorial to express its concerns. While again admitting the necessity for some legislation, *CM* called for caution. In its view, it was imprudent to copy English and American factory legislation *because of the fact that Canadian industry was less well-established and therefore could not stand the same level of interference without suffering serious damage*. (1990, p. 95-96)[182]

Ce point de vue contraste fortement avec celui de la classe des travailleuses et des travailleurs, qui revendiquera au contraire une *loi d'application large et vigoureuse, sans égard pour ses impacts sur la productivité et la compétitivité des manufactures canadiennes*. La demande pour un système d'inspection des manufactures et pour des pouvoirs importants accordés aux inspecteurs et inspectrices est récurrente à partir du début des années 1880[183]. De même, on souhaite que la loi éventuelle s'applique à toutes les manufactures, indépendamment du nombre d'employées et d'employés. Enfin, on exige que la loi concerne non seulement la sécurité et la protection contre les accidents, mais également la protection de la santé au sens large. Ainsi, c'est sous la pression syndicale que la loi provinciale de 1884 concernera *aussi* la santé, et non seulement la sécurité au travail : « The general duty clause making it illegal to keep a factory 'so that the safety of any person employed therein is endangered' was

---

[182] C'est moi qui souligne.

[183] Suite à l'adoption de la loi, le mouvement syndical réclamera la nomination d'inspecteurs et inspectrices locales (la loi ne prévoit à l'origine qu'un seul inspecteur pour l'ensemble de la province !). Le gouvernement tranchera finalement en faveur de trois inspecteurs et inspectrices régionales (Tucker, 1990, p. 139-140) dont le nombre sera progressivement augmenté durant les années subséquentes, notamment sous la pression du mouvement syndical qui juge le travail des inspecteurs et des inspectrices inefficace.

strengthened by adding the words 'or so the health of any person employed therein is likely to be permanently injured.' » (p. 100)

Un autre élément qui distingue particulièrement le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs de l'époque sur la santé et la sécurité au travail par rapport à celui de la classe capitaliste est qu'elle considère les employeurs comme *directement, personnellement et même criminellement responsables* des accidents ou maladies professionnelles qui surviennent en milieu de travail. Les poursuites judiciaires nombreuses (mais rarement victorieuses) qui seront intentées par des travailleuses et travailleurs contre leurs employeurs durant les décennies qui précèderont la lutte politique pour l'adoption d'une loi sur les manufactures[184] tend à montrer que cette conception d'une responsabilité de l'employeur était présente chez les travailleuses et travailleurs avant même que les accidents de travail entrent sur la scène politique comme enjeu de luttes[185].

Cette conception sera aussi explicitement mise de l'avant par les organisations syndicales de l'époque. Ainsi, dans la déclaration de principes du Toronto Trades and Labour Council (TTLC), qui se reconstitue à l'été 1881, on revendique notamment « 'an Employers Liability Act [...]' » (cité dans Tucker, 1990, p. 91). De même, un journal syndical exigera que l'éventuelle loi sur les manufactures contienne des « 'provisions for the punishment of employers who keep their establishments in such a condition so as to endanger the health and safety of their work people.' » (cité dans Tucker, 1990, p. 99) Un autre journal syndical dénoncera dans les termes les plus

---

[184] À ce sujet, voir Tucker qui consacre un chapitre (1990, chap. 3) à l'analyse de la période de « judiciarisation » de l'enjeu de la santé et sécurité au travail (qui couvre la plus grande partie du XIXe siècle), période qui précède celle d'une « politisation » de l'enjeu (à partir du début des années 1870). Voir aussi, pour le Québec, l'analyse de Lippel (1986, chap. 1), qui s'attarde aussi à cette période de judiciarisation de la santé et sécurité au travail et qui permet de constater des différences importantes, à la même époque, entre la *common law* appliquée au Canada anglais et le droit civil appliqué au Québec, beaucoup plus favorable aux travailleuses et travailleurs.

[185] Tucker montre que si cette conception n'était généralement pas partagée par les juges ontariens, plus proche socialement de la classe capitaliste, elle l'était davantage par les jurés, plus susceptibles d'être issus de la classe des travailleuses et des travailleurs.

virulents les accidents de travail dans l'industrie américaine et canadienne du chemin de fer :

> 'There are no more *criminal corporations* in existence than the railways, and they have spent millions of dollars in buying up judges and legislators to try and, if possible, prevent the passage of legislation that could force them *to protect and safeguard the lives and limbs of their employees* – if justice had her due many railroad presidents and managers would be doing time in striped suits. But then some murders are strictly legal and respectable you see.' (cité dans Tucker, 1990, p. 207)[186]

De plus, selon Tucker, le fait que les organisations syndicales considèrent le gouvernement fédéral comme leur premier interlocuteur en matière de santé et sécurité au travail[187] montre que les travailleuses et travailleurs conçoivent les accidents et maladies professionnelles qu'ils et elles subissent comme des crimes contre la personne, et les employeurs négligents comme des criminels. Toutefois, la classe des travailleuses et des travailleurs échouera ici à imposer son point de vue puisque c'est finalement la juridiction provinciale qui s'appliquera en matière de santé et sécurité au travail :

> workers were unable to persuade the state that the harms inflicted to them in their workplaces should be treated as crimes, deserving of the same moral disapprobation and punishment which offences against the person usually merit. [...] The inability of workers to convince the state that the harms they experienced were crimes had both practical and symbolic effects. [...] Symbolically, it was a clear statement that the harms experienced by workers were not considered as serious as the kinds of harms regulated by criminal law. Violators of factory regulations could not be denounced and labelled as criminals. They merely violated some provincial regulations. (1990, p. 133)[188]

---

[186] C'est moi qui souligne.

[187] Il faudra de nombreux échecs législatifs au niveau fédéral et une ouverture particulièrement prometteuse au niveau provincial pour que les organisations syndicales se tournent vers ce palier gouvernemental dans leurs revendications pour une loi en matière de santé et sécurité au travail.

[188] Si les travailleuses et travailleurs ne parviendront pas à faire reconnaître la responsabilité criminelle des employeurs, les travaux de Pontaut (1985) et Lippel (1986) soulignent qu'ils et elles parviendront néanmoins à faire reconnaître formellement la responsabilité civile des employeurs. Au Québec, cette

Par ailleurs, Tucker montre comment ces points de vue de classe se manifesteront également dans les « visions du monde » (*world-views*) portées par les premiers inspecteurs nommés à la suite de l'adoption de la loi ontarienne de 1884[189] : des trois inspecteurs nommés, un proviendra directement des rangs des manufacturiers (inspecteur Barber) et un autre du milieu ouvrier et syndical (inspecteur Brown)[190]. La « vision du monde » de l'inspecteur Barber nous donne ainsi des indices quant au point de vue de la classe capitaliste en matière de *prévention* et de *responsabilité* des accidents de travail :

> In Barber's view, *most accidents were non-preventable*. '[T]he accidents preventible [*sic*] by legislation providing protection to [*sic*] dangerous parts or places are but a small proportion of the whole, and I doubt if the number can be reduced to any great extent.' The reason for this pessimism was that Barber did not believe most accidents and injuries were caused by violations of the act, or by unsafe conditions. Rather, in his view, *they were caused primarily by worker carelessness*. (Tucker, 1990. p. 160)[191]

---

responsabilité sera reconnue d'abord par la loi de 1909 (*Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent*), et ensuite par la loi de 1931 sur l'indemnisation des accidents de travail (l'équivalent de la loi ontarienne de 1914). Selon Lippel, cette question de la responsabilité civile des employeurs est d'ailleurs un principe central dans l'histoire des lois sur la santé et la sécurité au travail : « Dans plusieurs pays, le droit relatif à l'indemnisation des accidents du travail peut être considéré comme le précurseur du droit social. Une analyse rétrospective de ce développement législatif nous révèle que l'essence même des premières lois relevait davantage de la responsabilité civile que de l'assistance sociale. » (1986, p. 3) Sur l'évolution du « problème de la responsabilité des accidents de travail » au Québec, voir Pontaut (1986, p. 23-45).

[189] Nous verrons que cela semble aussi être le cas pour les inspecteurs et inspectrices québécoises nommées suite à l'adoption de l'Acte des manufactures.

[190] Le troisième inspecteur (inspecteur Rocque), anciennement impliqué dans la politique municipale et probablement le résultat d'une nomination partisane, partagera essentiellement la vision du monde de Barber (Tucker, 1990, p. 140-142).

[191] C'est l'auteur qui signale les erreurs. C'est moi qui souligne. Il ressort des travaux de Pontaut que cette idée d'une responsabilité des travailleuses et travailleurs dans les accidents de travail est aussi mise de l'avant par le patronat au Québec à la même époque : « le patronat, moteur de la prospérité, fait, on l'a vu, aisément admettre au gouvernement qu'il n'a pas à mettre le nez dans ses affaires. [...] Qui oserait alors contester cette idée limpide que, si l'ouvrier ne fait pas attention, il est normal qu'il paie pour sa négligence et que, dans les emplois dangereux, le versement de salaires relativement élevés représente un paiement pour les risques ? Les patrons l'affirmaient, les juges aussi [...]. » (1985, p. 24-25)

Tucker souligne que ce pessimisme est aussi étroitement lié à un certain fatalisme face aux impératifs de l'industrialisation, qui correspond également, comme nous l'avons vu, au point de vue de la classe capitaliste :

> To the extent that Barber recognized a connection between the labour process and the accident rate, he still tended to blame the worker, or consider the accident unpreventable, presumably on the basis that monotonous or intense work presented hazardous conditions that workers had to adapt to while accepting the risk of injury. The inspectors did not feel they could interfere with the way management organized this aspect of the labour process. Indeed, Barber would not even condemn it. (Tucker, 1990, p. 160)

Au contraire, la vision de l'inspecteur Brown, plus proche des milieux ouvriers, identifie clairement les conditions de travail dangereuses ou malsaines et le non-respect de la loi par les employeurs comme les principales causes des accidents de travail. De manière tout à fait conforme avec le point de vue des travailleuses et travailleurs, Brown attribue donc la responsabilité des accidents de travail aux employeurs et au processus d'industrialisation lui-même :

> [Brown] attributed accidents to non-compliance with the act, and recognized that the employment of young and untrained workers, lengthy hours of work on dangerous machinery, piece-rate payment schemes, and production speed-ups were frequently the underlying causes of what appeared to others as worker carelessness. [...] Although Brown may have felt he could not change these conditions, he was prepared to condemn them as the 'butcher bill' of increased productive power. (Tucker, 1990, p. 160-161)

Selon Tucker, la vision de Barber – et notamment son fatalisme face aux conséquences inévitables de l'industrialisation en termes de santé et sécurité au travail – sera néanmoins celle qui s'imposera parmi les inspecteurs et inspectrices qui seront nommées durant les années suivantes : « with the exception of Brown, the inspectors accepted the intensification of the labour process and expected workers to adapt to it. They knew, however, that these changes did result in more workplace injuries, but

viewed them as unpreventable. » (1990, p. 173)[192]. Tucker souligne d'ailleurs que les inspecteurs et inspectrices parviendront rapidement à obtenir l'appui des employeurs[193], au contraire des travailleuses et travailleurs qui dénonceront régulièrement l'inefficacité de la loi et du système d'inspection et qui refuseront la vision du monde partagée par les inspecteurs et les inspectrices :

> While the inspectors may have been successful in winning the support of most employers, workers resisted the inspectors' efforts to draw them onto the consensual ground they were trying to construct. Employers who permitted conditions that were hazardous to workers were condemned as criminals and the class bias of the law was denounced. [...] Throughout most of this period complaints about inadequate enforcement and expressions of distrust of the inspectors continued to be heard. » (Tucker, 1990, p. 207)

Il ressort donc de l'analyse de Tucker que c'est ici le point de vue de la classe capitaliste en matière de santé et sécurité au travail qui est, durant le XIXe et au début du XXe siècle, caractérisé par un certain fatalisme face aux accidents de travail, dont la plus grande partie est considérée comme le résultat inévitable du développement industriel

---

[192] De même, à partir du début du XXe siècle : « The second industrial revolution and its health and safety consequences seems to have been viewed by the inspectors as a matter that was beyond their capacity to control. Moreover, they also seem to have been favourably impressed by the industrial development they witnessed. It was a manifestation of the general progress of society and brought benefits to the industrial workforce. Unnecessarily hazardous conditions could and should be eliminated, but he 'normal' hazards of industrial life had to be accepted. » (1990, p. 205) Dans le même ordre d'idée, Pontaut parle du « libéralisme nocturne » qui domine le Québec de l'époque et « qui considère comme inhérents au travail la maladie, l'accident, la mort du travailleur. » (1985, p. 21)

[193] Entre 1884, année de l'adoption de la loi ontarienne sur les manufactures, et 1914, année de l'adoption de la loi sur l'indemnisation des personnes accidentées au travail dans cette même province, très peu d'employeurs seront poursuivis en justice par les inspectrices et inspecteurs (auxquels la loi confère pourtant ce pouvoir). Ils et elles adopteront plutôt, conformément à leur vision du monde, une stratégie d'éducation et de persuasion à l'égard des employeurs fautifs. « Given these kinds of attitudes and the enforcement strategy that followed from them, it is not surprising that organized capital did not voice any complaints about the factory inspection during this period. » (Tucker, 1990, p. 206) D'après ce qu'indique Pontaut, il semble que les inspecteurs et inspectrices québécoises n'aient pas eu une approche très différente de celle des inspecteurs et inspectrices ontariennes : Pontaut cite un inspecteur québécois qui « considère sa mission d'inspecteur comme 'essentiellement philanthropique', axée sur 'l'entente cordiale entre patrons et ouvriers', vouée à l'éducation technique et morale du travailleur 'sous la direction de notre clergé si dévoué à ses intérêts'. Ainsi éduqué et dirigé, 'l'ouvrier comprendrait que les associations ouvrières doivent être des associations de secours mutuel, et non pas des centres de socialisme et le point de départ de grèves déplorables.' » (1985, p. 20)

capitaliste. De ce point de vue, la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs est nécessairement subordonnée aux impératifs économiques (et notamment aux exigences de compétitivité et de profits) impliqués par ce développement.

L'analyse de Tucker permet également de mettre en relief la combativité de la classe des travailleuses et des travailleurs sur certains enjeux de santé, ce qui offre un contraste frappant avec la passivité et le fatalisme qui ressortait jusqu'à maintenant de son point de vue en matière de santé. Cette combativité est bien sûr étroitement liée au fait que d'une part, sur l'enjeu spécifique de la santé et sécurité au travail, la classe des travailleuses et des travailleurs conçoit les accidents et maladies professionnelles comme *évitables* et que d'autre part, elle identifie clairement le milieu et les conditions de travail et, ultimement, les employeurs eux-mêmes comme *directement responsables* des dommages qu'elle subit. La santé peut donc sur cet enjeu devenir un objet de luttes sociales et politiques, d'autant plus que cet enjeu se joue sur le terrain privilégié d'organisation et de mobilisation de la classe des travailleuses et des travailleurs : le milieu de travail.

En d'autres termes, c'est ici la *prévention* des accidents et maladies qui est au cœur des préoccupations des travailleuses et travailleurs et qui, durant le XIXe siècle, sera mise prioritairement de l'avant dans la lutte politique pour la santé et la sécurité au travail. Les revendications politiques pour un système d'indemnisation en cas d'accident ou de maladie professionnelle – alors qu'on sait que le maintien du revenu est vital pour les travailleuses et travailleurs – ne seront mise de l'avant que dans un second temps[194]. Plus encore, selon Tucker, les luttes syndicales en faveur d'une loi sur l'indemnisation des personnes accidentées au travail – qui sera finalement adoptée en Ontario en 1914 – doivent être comprises non seulement comme visant la sécurité économique des

[194] Bien que nous n'ayons pas de données sur l'existence de sociétés ouvrières de secours mutuels en Ontario, la présence de telles organisations pourrait également expliquer en partie le caractère plus tardif des revendications politiques pour un système étatique d'indemnisation des accidents de travail, d'autant plus que l'on connait la réticence de la classe des travailleuses et des travailleurs de l'époque à faire appel à l'État et sa préférence pour l'organisation autonome.

travailleuses et travailleurs, mais également, au moins en partie, comme des luttes en faveur de la prévention des accidents et maladies professionnelles. En effet, devant l'échec de la loi de 1884 à cet égard[195], échec clairement perçu et dénoncé par le mouvement syndical (Tucker, 1990, p. 174-175), les espoirs se tourneront vers les effets potentiellement incitatifs, pour les employeurs, d'une loi forçant l'indemnisation des personnes accidentées au travail :

> Indeed, one reason identified by the labour movement for the failure of the factory acts to prevent injuries from rising at a rapid rate was that employers did not fully bear the costs of accidents. Rather, they obtained insurance from companies more interested in saving money by hiring lawyers to fight claims than by reducing risks in the workplace. [Dans ces conditions], perhaps workers' compensation reform would make accident prevention a more economically attractive alternative. Although workers' compensation was promoted primarily to provide income security to all workers injured on the job regardless of fault, organized labour also believed that it would increase the cost of accidents to employers and lead them to improve conditions in their factories. (Tucker, 1990, p. 208)[196]

---

[195] Tucker montre comment les accidents de travail ne cesseront d'augmenter dans les années qui suivront l'adoption de la loi de 1884, et plus encore à partir du début du XXe siècle dans la foulée de ce qu'il appelle la seconde révolution industrielle (1990, p. 180-187). Pontaut fait un constat semblable pour le Québec : « Quel sera le résultat concret de ces mesures ? Sans doute, dix ans après, l'apparition de la législation et la création de l'inspection du travail ne paraissent pas avoir foncièrement changé les conditions de travail observées en 1885. » (1985, p. 22)

[196] Pontaut rapporte les propos de Louis Guyon, inspecteur québécois proche des milieux ouvriers, qui pose un constat d'une similarité frappante à celle du mouvement ouvrier ontarien : « Louis Guyon écrira dans son rapport de 1909 : 'Protégés par une compagnie d'assurance contre les accidents, bien des patrons et la plupart des grandes corporations ne s'occupent pas assez des accidents qui peuvent frapper les ouvriers. [...] Rien de plus dangereux, de plus triste que cette espèce de fatalisme qui nous ferait envisager le chiffre des accidents de fabriques comme une prime à peu près immuable à payer au destin ou comme une conséquence inévitable du travail manufacturier.' » (cité dans Pontaut, 1985, p. 25) Le souci central des travailleuses et travailleurs pour la prévention est également confirmé par le fait que dans les luttes syndicales québécoises qui mèneront éventuellement à l'adoption de la loi québécoise de 1931 (l'équivalent de la loi ontarienne de 1914), les revendications en faveur d'un système d'indemnisation iront de pair avec des demandes concernant la prévention des accidents et maladies professionnels. Devant la commission d'enquête créée en 1922 par le gouvernement québécois pour « faire le point sur le système de réparation des accidents du travail » (Pontaut, 1985, p. 40), les groupements ouvriers, en plus des revendications concernant le système d'indemnisation et la responsabilité collective des employeurs, feront la demande suivante : « 'Le Bureau [chargé de gérer le régime d'indemnisation] aura le pouvoir de décréter des règles et règlements pour la prévention des accidents, et des comités de protection composés de patrons et d'ouvriers seront formés dans les

2.5 Conclusion

Au XIXe siècle se construisent, en même temps que les fondements du système socio-sanitaire, les points de vue des classes capitaliste et laborieuse en matière de santé. La classe capitaliste apparaît à l'avant-garde de plusieurs des développements importants qui se produisent à l'époque : essor de la médecine scientifique, professionnalisation des médecins et naissance de la santé publique. En cela, elle imprimera sa marque – et donc, au moins partiellement, son point de vue – sur l'évolution subséquente du système socio-sanitaire et sur certains des facteurs considérés comme déterminants dans l'histoire des CLSC.

Ainsi, elle favorisera le développement d'une médecine scientifique essentiellement individualiste, curative et biomécanique qui fait l'impasse sur les causes sociales de la maladie et qui parviendra à s'imposer jusqu'à aujourd'hui comme modèle dominant dans le domaine de la santé. Ce faisant, elle contribuera également à la capacité de la profession médicale à monopoliser les soins et à émerger comme actrice puissante et incontournable du système socio-sanitaire contemporain. De même, le domaine de la santé publique sera en partie au moins structuré dans ses fondements mêmes par les priorités identifiées par la classe capitaliste (qui concernent principalement l'immunisation contre les maladies infectieuses), mais aussi par ses résistances quant aux interventions qui menacent ses intérêts économiques immédiats ou plus fondamentaux (comme le droit de propriété) et qui concernent le plus souvent les conditions de vie de la classe des travailleuses et des travailleurs (infrastructures d'hygiène, salubrité des logements, etc.).

---

manufactures et des postes de secours d'urgence seront installés.' » (cité dans Pontaut, 1985, p. 41) L'auteur précise d'ailleurs que le mouvement ouvrier québécois était fortement inspiré dans ses demandes par la loi ontarienne de 1914.

Si, du point de vue de la classe capitaliste (ou plus exactement d'une fraction de celle-ci), les interventions en santé publique sont nécessaires pour assurer la reproduction d'une main-d'œuvre en santé (et pour se protéger elle-même contre les risques de contagion associés aux maladies infectieuses), cette première considération est donc largement subordonnée non seulement à la préservation de ses intérêts fondamentaux, mais également aux impératifs de compétitivité et de profits à courts termes imposés par le développement industriel capitaliste. Alors que la santé des travailleuses et travailleurs est réduite, de ce point de vue, à une mesure quantitative de leur productivité (Brown, 1981), le souci de prévention est quant à lui limité à des interventions qui ne concernent que de loin les causes sociales de la maladie, celles-ci étant étroitement liées à la forme prise, à l'époque, par le développement industriel capitaliste naissant (Leys, 2009 ; Rosen, 1993).

Ceci est d'ailleurs parfaitement cohérent avec l'attachement de la classe capitaliste à une médecine scientifique qui insiste sur les interventions individuelles et curatives plutôt que sur la prévention des maladies, offrant ainsi une solution technique et dépolitisée aux problèmes sanitaires majeurs engendrés par les rapports sociaux capitalistes qui s'approfondissent durant cette période (Berliner, 1981 ; Navarro, 1976, 1977). C'est toutefois dans l'attitude fataliste de la classe capitaliste à l'égard de la prévention des accidents et maladies professionnelles que sa conception limitée de la prévention devient la plus apparente. Parce qu'elles constituent une menace pour la productivité et la compétitivité des manufactures, la classe capitaliste résistera par diverses stratégies aux mesures législatives visant la protection des travailleuses et travailleurs par la sécurisation des milieux de travail. De son point de vue, les accidents et maladies professionnelles sont de toute façon, pour l'essentiel, impossibles à prévenir : ils constituent le prix inévitable du développement industriel capitaliste (Tucker, 1990).

Le mouvement ouvrier du XIXe siècle ne semble pas, quant à lui, avoir influencé de manière décisive – du moins pas à cette époque – les formes prises par le système de soins naissant. Prisonnière de conditions matérielles d'existence principalement caractérisées par une très grande précarité économique, la classe des travailleuses et des travailleurs placera le maintien d'un revenu de subsistance en cas de maladie et d'incapacité à travailler au cœur de ses préoccupations en matière de santé et s'intéressera peu, durant cette période, à l'accès aux soins de santé ou aux enjeux de santé publique. Toutefois, on retrouve dès le XIXe siècle les germes d'un point de vue sur la santé qui parviendra à s'imposer à certains moments durant le XXe siècle, et particulièrement durant les années 1960-1970, au moment de la Réforme des Affaires sociales et de la création des CLSC.

Ainsi, les sociétés ouvrières de secours mutuels, fondées en partie pour répondre à ce besoin prioritaire de sécurité du revenu en cas de maladie, peuvent dans une certaine mesure être considérées comme des précurseurs des assurances maladies (privées et publiques) qui émergeront au XXe siècle et qui deviendront éventuellement le mode d'accès privilégié au système socio-sanitaire[197]. Mais surtout, le mode d'organisation de ces sociétés – axé sur la gestion autonome et démocratique des services destinés à la classe des travailleuses et des travailleurs – préfigure certains modèles d'organisations alternatifs des soins de santé qui émergeront durant les années 1960 au Québec sous la forme des cliniques populaires (voir *infra*, chapitre 4).

---

[197] Toutefois, l'histoire québécoise confirme aussi l'analyse de Therborn (1984) qui précise, rappelons-le, que les assurances sociales ne sont pas une revendication traditionnelle des organisations ouvrières : celles-ci privilégient la notion de droit à la logique assurantielle, davantage typique du point de vue de la classe capitaliste (voir *supra*, chapitre 1). Ainsi, les sociétés ouvrières de secours mutuels québécoises sont à l'origine avant tout basées sur un principe de solidarité de classe, et la logique assurantielle ne sera introduite que sous l'influence des nouvelles mutuelles d'origine bourgeoise qui émergent au Québec au tournant du XXe siècle. Cette logique (ou idéologie) assurantielle s'imposera rapidement durant la première moitié du XXe siècle et structurera les débats de la province concernant le remplacement du revenu et l'accès aux soins (Petitclerc, 2005 et 2012). Nous y reviendrons au chapitre suivant.

De même, les revendications mises de l'avant dans les luttes ouvrières pour la santé et la sécurité au travail – caractérisées par une priorité pour la prévention, conçue dans un sens large et politisé, et par un refus de voir comme inévitables les conséquences funestes de l'industrialisation – contribuent à construire un point de vue de classe en matière de santé qui sera mobilisé et approfondi dans les luttes populaires du XXe siècle. Ces luttes, qui concerneront non seulement *l'accès* aux soins mais aussi *l'organisation* du système de soins, auront une influence importante sur l'évolution du réseau socio-sanitaire québécois, et notamment sur la réforme majeure qu'il subit au tournant des années 1970.

CHAPITRE 3

POINTS DE VUE DE CLASSE EN MATIÈRE DE SANTÉ DURANT LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XXe SIÈCLE

La première moitié du XXe siècle est marqué par une intervention de plus ne plus importante de l'État québécois dans le domaine de la santé. Durant cette période (c'est-à-dire du début du XXe siècle jusqu'à la fin des années 1950), les préoccupations pour la santé publique et les interventions étatiques dans ce sous-secteur seront graduellement reléguées au second plan derrière une priorité grandissante accordée à l'accès aux soins de santé curatifs (hospitaliers et médicaux), accès qui passera éventuellement par un engagement de l'État en faveur de l'assurance-hospitalisation puis de l'assurance-maladie publiques. Cet approfondissement du rôle de l'État dans le financement des soins de santé s'accompagnera également d'une intervention étatique toujours plus importante dans l'organisation du système de soins, qui culminera avec la Réforme des Affaires sociales du début des années 1970. Cette réforme, qui vise une réorganisation profonde du réseau socio-sanitaire québécois, est une des manifestations majeures de ce rôle désormais incontournable de l'État dans le domaine de la santé.

Comme pour les développements de la seconde moitié du XIXe siècle qui ont été présentés au chapitre précédent, ceux qui caractérisent la première moitié du XXe siècle seront abordés ici dans une perspective de classe, et principalement à partir du rôle qu'ont pu y jouer les classes capitaliste et laborieuse. Si l'objectif principal est de présenter l'évolution des points de vue de classe sur la santé durant cette période – et plus spécifiquement sur les enjeux de l'accès, du financement et de l'organisation des soins –, ce chapitre sera aussi l'occasion de constater qu'un autre facteur considéré comme important dans l'histoire du système socio-sanitaire et des CLSC est lié aux

rapports de classe : le caractère hospitalo-centrique et curatif du système socio-sanitaire.

En effet, au Québec, les interventions étatiques dans le domaine de la santé seront jusque dans les années 1940 principalement dédiées au secteur de la santé publique, à l'exception notable d'une disposition de la Loi de l'assistance publique de 1921 qui, entre autres mesures d'assistance, subventionne l'accès gratuit aux institutions hospitalières pour les personnes « indigentes ». C'est seulement à partir des années 1940 que s'amorce un virage majeur du système de soins, qui gravitera de plus en plus autour de l'institution hospitalière et de la médecine curative. Ce virage structurera le système de soins de manière déterminante jusqu'à aujourd'hui, le caractère hospitalo-centrique et curatif du système (et la puissance qui en découle pour les actrices du réseau que sont les administrations hospitalières et la profession médicale) étant d'ailleurs considéré, dans la littérature recensée, comme un des facteurs permettant de comprendre l'échec ou l'abandon rapide du modèle initial des CLSC.

Or, des analyses récentes offrent plusieurs pistes pour aborder dans une perspective de classe ce virage important du système de soins québécois[198]. Leur intérêt est d'abord de proposer une explication pour comprendre les transformations qui se produisent à cette époque dans le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé : durant cette période, la préoccupation centrale pour le maintien du revenu en cas d'incapacité à travailler pour cause de maladie laisse progressivement la place à une demande grandissante pour l'accès aux soins hospitaliers et médicaux. Cette évolution est importante dans la mesure où ces nouveaux besoins conduiront éventuellement aux revendications populaires en faveur de régimes publiques d'assurance maladie. Mais elle est aussi étroitement liée, comme nous le verrons, au

[198] Cette section s'appuiera principalement sur les analyses suivantes : Rousseau (2004) ; Petitclerc et Rousseau (2005) ; Guérard et Rousseau (2006) ; Petitclerc (2005 ; 2007 ; 2012).

virage hospitalo-centrique et curatif qui caractérise le système de soins à partir des années 1940.

De plus, ces analyses insistent sur le rôle important joué dans cette évolution (c'est-à-dire dans le virage hospitalo-centrique/curatif mais aussi dans le développement de la demande populaire pour l'accès aux soins) par le développement d'une offre d'assurance maladie privée, elle-même largement initiée par la grande bourgeoisie de l'époque. Plus précisément, elles montrent que ces transformations sont le résultat de la conjonction, durant l'entre-deux guerres, de deux grands mouvements qui marquent le système de soins durant les premières décennies du XXe siècle :

> L'un des phénomènes marquants de l'entre-deux-guerres à ce chapitre aura été la convergence de deux mouvements de fond dont les liens vont devenir inextricables par la suite : les transformations internes du dispositif hospitalier et les mutations des régimes d'assurance maladie privés. » (Rousseau, 2004, p. 185)

La première section (3.1) de ce chapitre sera consacrée à ces deux grandes tendances. Suivra une présentation rapide des premiers débats sur les assurances sociales (section 3.2), essentiels pour comprendre le développement, à partir des années 1940, d'une véritable alternative privée à l'assurance-maladie étatique. La dernière section (3.3) sera consacrée à l'émergence et à l'échec de ce régime privé d'assurance-maladie ainsi qu'à son impact sur le virage hospitalo-centrique du réseau. En filigrane de cette présentation seront mis en relief les points de vue de classe révélés par ces développements de la première moitié du XXe siècle.

3.1 Transformations dans la vocation de l'hôpital et mutations dans le domaine des assurances

3.1.1 La nouvelle mission médico-curative des hôpitaux et la clientélisation des malades

En ce qui concerne les « transformations internes du dispositif hospitalier » qui se produisent à partir de la fin du XIXe siècle et durant les premières décennies du XXe siècle, il ne fait aucun doute que celles-ci sont en bonne partie le résultat du développement de la médecine scientifique et de la professionnalisation de la médecine, développement dans lequel la classe capitaliste a joué un rôle significatif. En effet, nous avons vu au chapitre précédent que la classe capitaliste favorisera, notamment par une réforme importante de la formation médicale, l'hégémonie grandissante d'une médecine spécialisée pratiquée dans les hôpitaux par les médecins chercheurs et universitaires. Sous cette impulsion se produit au cours de cette période une transformation majeure dans la vocation de l'hôpital, progressivement investi par la profession médicale et sa pratique scientifique de la médecine :

> l'hôpital a été amené à se décentrer de sa mission séculaire dans la prise en charge des miséreux et des laissés-pour-compte, pour devenir un lieu où l'on se fait soigner et où l'on doit payer pour se faire soigner [...]. Sa vocation est désormais étroitement imbriquée à celle de la médecine, à qui il offre des installations et des équipements où mettre en œuvre ses méthodes de travail dans les meilleures conditions possibles. (Rousseau, 2004, p. 174)

Ces mutations dans la vocation de l'hôpital entraîneront une augmentation significative des coûts hospitaliers et auront comme conséquence importante une préoccupation croissante pour la rentabilité, ou du moins pour la survie financière des établissements. Dans ce contexte, l'affluence de patientes et de patients payants apparaît rapidement comme essentielle au développement et au maintien de la (nouvelle) mission curative des hôpitaux :

> Or, la médecine hospitalière coûte cher et, dans les gros hôpitaux notamment, la situation ne tardera pas à devenir critique. [...] Dans un contexte où le nombre de lits affectés aux malades et les coûts d'hospitalisation augmentent vigoureusement, l'un des problèmes notoires de ces hôpitaux est d'attirer vers eux des patients payants. (Rousseau, 2004, p. 175)

Ainsi, dès la fin du XIXe siècle, c'est-à-dire à partir du moment où s'amorce cette transformation de la mission hospitalière, les hôpitaux feront « des efforts soutenus en vue d'attirer vers l'hôpital ces patients payants, en faisant miroiter les bienfaits thérapeutiques et les équipements scientifiques de la médecine moderne. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 299) Selon Guérard et Rousseau, ces efforts contribueront à l'émergence des revendications populaires en matière d'accès aux soins, revendications qui auront à leur tour un impact sur les interventions étatiques subséquentes en matière de santé et, plus particulièrement en matière d'assurance maladie et d'organisation des soins :

> La clientélisation des patients, amorcée vers la fin du XIXe siècle, a vraisemblablement contribué à accroître les attentes populaires qui, par ricochet, ont exercé une influence à la fois sur l'adoption de nouvelles politiques d'accès et sur l'organisation des soins. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 329)

Toutefois, cette clientélisation des patientes et des patients ne sera pas uniquement le résultat de ces transformations dans la vocation de l'hôpital. En effet, bien que développée à partir de la fin du XIXe siècle, cette stratégie n'aura que très peu de succès jusqu'aux années 1940. Les hôpitaux ne parviendront pas à attirer un nombre suffisant de patientes et de patients payants pour renflouer les coffres des institutions hospitalières, et les difficultés financières s'approfondiront avec la crise des années 1930, durant laquelle l'affluence de malades incapables de payer s'accroit considérablement (Guérard et Rousseau, 2006, p. 299). C'est dans ce contexte qu'interviennent les assurances privées :

> Pour surmonter ces difficultés, il n'y avait donc qu'une seule issue : majorer l'apport en recettes des patients payants en augmentant significativement leur

> nombre. Mais pour y parvenir, il fallait revoir les façons de faire de l'assurance privée, inventer des mécanismes rendant l'hôpital accessible à la majorité de la population. (Rousseau, 2004, p. 176)

Ce n'est donc qu'avec l'intervention des assurances privées, à partir des années 1930-1940, que la clientélisation des patientes et des patients prendra véritablement son essor. Les assurances privées ne pourront toutefois jouer ce rôle qu'après avoir subi d'importantes mutations durant les premières décennies du XXe siècle.

3.1.2 Des sociétés ouvrières de secours mutuels aux sociétés mutuelles d'assurances d'origine bourgeoise

Au XIXe siècle, la seule assurance offerte contre les risques liés à la maladie est celle développée par les sociétés ouvrières de secours mutuels (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 33-34). En effet, les compagnies d'assurance commerciales de l'époque jugent ce type de couverture trop difficile à administrer, notamment à cause du risque de fraude, considéré comme élevé (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 34-35). Or, au tournant du XXe siècle se développent des sociétés mutuelles d'assurances d'origine bourgeoise qui parviendront à imposer leurs normes et leur culture aux sociétés ouvrières de secours mutuels et, éventuellement, à les remplacer :

> Entre 1890 et 1910, on assiste ainsi à des ruptures fondamentales dans la pratique mutualiste au Québec. Elles se traduisent par la montée des agents de la petite et de la moyenne bourgeoisie à la tête du mouvement, la centralisation des processus de décision, l'introduction des tables actuarielles et même par le recours à la vente à commission. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 34)

Le contraste entre cette nouvelle forme de sociétés mutuelles et les vieilles sociétés ouvrières de secours mutuels est d'autant plus intéressant qu'il nous renseigne sur les points de vue respectifs des classes capitaliste et laborieuse en la matière.

Alors que les sociétés ouvrières de secours mutuels, peu rentables parce que financées par des cotisations forcément insuffisantes, étaient organisées démocratiquement autour d'un objectif de solidarité ouvrière (voir *supra*, chapitre 2), les nouvelles mutuelles bourgeoises sont « rompues aux techniques récentes de l'actuariat [et ont] pour objectif premier de 'vendre' une marchandise sur le nouveau marché de l'assurance. » (Petitclerc, 2005, p. 2-3) C'est sous l'influence de ces dernières que s'imposera au sein du mouvement mutualiste le critère de rentabilité et, conséquemment, la nécessité de faire une sélection des risques et d'éviter la fraude, perçue comme répandue. On craint en effet les « faux malades » voulant profiter des indemnités de remplacement du revenu en cas de maladie ou d'accident, qui sont encore à cette époque la seule forme d'assurance-maladie offerte au Québec (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 34-36)[199]. De même, on délaisse l'organisation démocratique au profit d'une centralisation entre les mains d'un médecin :

> la plupart des sociétés mutuelles d'assurance choisissent de centraliser l'administration de leurs caisses d'assurance-maladie entre les mains d'un médecin-en-chef qui coordonne le travail d'une armée de médecins-examinateurs évoluant dans les localités. On comprend également mieux comment les procédures d'admission sont de plus en plus centralisées, ayant pour objectif premier de faire une sélection efficace des risques. Au règne du favoritisme qui marquerait invariablement les assemblées de membres, on préfère désormais l'expertise objective du médecin. (Petitclerc, 2005, p. 3)

Se produit donc au tournant du XXe siècle une « grande réforme 'assurantielle' de la mutualité [qui] a pour objectif d'asseoir le mouvement mutualiste sur les bases actuarielles de l'assurance moderne, considérées comme plus viables financièrement. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 34) Or, ces mutations auront un impact sur la capacité des sociétés mutuelles à offrir des assurances contre le risque de la maladie. Alors que

---

[199] Cette crainte est typique du point de vue de la classe capitaliste en matière de politiques sociales qui, comme nous l'avons vu au chapitre 1, est caractérisé par le souci de ne pas nuire à l'incitation au travail (notamment par des indemnités de remplacement du revenu trop facilement accessibles). Nous verrons que cette crainte interviendra également dans les débats entourant les travaux de la Commission Montpetit sur les assurances sociales.

les sociétés ouvrières de secours mutuels parvenaient à réduire les possibilités de fraude par le biais d'une gestion démocratique fondée sur une vie associative liant les membres entre eux et elles, l'abandon de ce mode de gestion au profit d'une centralisation bureaucratique rend beaucoup plus complexe l'administration des risques de fraudes :

> le passage à la 'mutualité d'affaires' incite les mutualistes à se comporter comme les assurés anonymes d'une administration qu'ils contrôlent de moins en moins. Voilà pourquoi la réforme assurantielle réduit l'avantage administratif des vieilles sociétés mutualistes en remplaçant l'autodiscipline locale par les contrôles impersonnels propres à une administration bureaucratique. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 34-35)

Ces difficultés conduiront progressivement le mouvement mutualiste à l'abandon du domaine de l'assurance-maladie, désormais considérée comme non rentable et ingérable sur le plan administratif :

> Ayant désormais les traits d'une 'institution commerciale', les sociétés de secours mutuels rencontrent les mêmes problèmes qui avaient, depuis le XIXe siècle, convaincu les compagnies d'assurance de ne pas offrir une couverture individuelle contre les risques de la maladie. Si bien qu'à la fin des années 1920, les principales mutuelles avouent leur incapacité à gérer ce type de protection du revenu. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 35)

Ce délaissement du domaine de l'assurance-maladie s'explique aussi par le fait que les mutuelles bourgeoises développent une offre d'assurance destinée davantage à la nouvelle classe moyenne qu'à la classe ouvrière :

> Non seulement l'assurance-maladie pose des problèmes administratifs importants, mais la mutualité 'bourgeoise' qui voit le jour au tournant du 20^{e} siècle ne vise plus explicitement la classe ouvrière, mais les 'petits épargnants'. Conséquemment, l'assurance-maladie, associée à la classe ouvrière, est progressivement abandonnée par les sociétés de secours mutuels au profit d'une assurance-vie présentée comme une forme individuelle d'épargne particulièrement bien adaptée aux besoins de la nouvelle classe moyenne. (Petitclerc, 2005, p. 3-4).

Devant le vide créé par cet abandon, les innovations sociales qui se produiront dans le domaine de l'assurance-maladie et qui permettront éventuellement la clientélisation à grande échelle des patientes et des patients hospitaliers proviendront d'abord des grands industriels (Petitclerc, 2005, p. 4).

3.1.3 De l'assurance-indemnités aux premières innovations pour assurer l'accès aux soins

Jusqu'aux années 1930, l'offre d'assurance-maladie (y compris l'assurance collective, sur laquelle nous reviendrons) reste centrée sur le revenu de remplacement, malgré une demande populaire grandissante pour l'accès aux soins médicaux et hospitaliers (Rousseau, 2004, p. 169). Néanmoins, dès le début du XXe siècle se produiront les premières initiatives pour développer des assurances couvrant l'accès aux soins hospitaliers, initiatives qui proviendront des grands industriels. À cette époque, des employeurs « se font eux-mêmes assureurs en administrant une caisse d'indemnités, en employant des médecins et infirmières, voire en mettant parfois sur pied des dispensaires ou des hôpitaux. » (Petitclerc, 2005, p. 4) Rousseau mentionne que ces assurances prendront également la forme d'ententes de prépaiement entre des industriels et des hôpitaux pour donner à leurs employées et à leurs employés un accès aux soins hospitaliers. Il précise :

> Ces formes particulières de prépaiement pour les soins de santé ne sont certainement pas isolées et, dans un contexte où les patients payants représentent désormais un apport décisif dans les revenus des hôpitaux et où la grande industrie suscite des besoins immenses, on peut penser qu'elles étaient monnaie courante. (Rousseau, 2004, p. 168)

Ces initiatives s'inscrivent dans la « tradition du paternalisme patronal » (Petitclerc, 2005, p. 4) caractéristique d'une partie de l'industrie québécoise depuis le milieu du XIXe siècle. Selon Petitclerc, la motivation principale des employeurs qui s'inscrivent

dans ce type de gestion des relations de travail est d'accroitre le contrôle qu'ils exercent sur leurs employées et employés et, notamment, de freiner leur syndicalisation. Du point de vue des industriels qui les mettront en place, les initiatives en matière d'assurance-maladie permettent ainsi « de 'contrôler' les sommes importantes accumulées [dans les caisses d'indemnités] et, par le fait même, les employés qui y ont fortement contribué. » (Petitclerc, 2005, p. 5)[200] D'ailleurs, « les grands employeurs ne font pas de mystère quant aux objectifs véritables de ces caisses qui visent à renforcer leur autorité sur leurs ouvriers. » (Petitclerc, 2005, p. 5) Plus largement, Guérard et Rousseau soulignent que les grands patrons d'entreprise

> s'accommodent plutôt bien d'une situation où, devant des hôpitaux en quête de patients payants, ils parviennent à négocier localement des ententes avantageuses pour les soins de leur personnel. À Montréal, ils dirigent les grandes fondations philanthropiques, figurent parmi les plus généreux donateurs aux hôpitaux et parmi leurs administrateurs. Cet engagement des grands patrons dans les affaires hospitalières cadre avantageusement avec la gestion paternaliste des relations de travail, encore largement répandue, sans compter qu'il vient conforter leur capital de reconnaissance symbolique et sociale dans les communautés où évoluent leurs entreprises. Ce qu'ils redoutent le plus, c'est l'éventualité de devoir contribuer à une caisse d'État sur laquelle ils n'ont aucun contrôle, et ce, pour les besoins d'hospitalisation de l'ensemble de la population. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 301)

Parallèlement à ces premières formes d'assurances visant l'accès aux soins hospitaliers développées par les grands industriels émerge une autre innovation, cette fois à l'initiative des grandes compagnies d'assurance commerciales : les assurances collectives (par opposition aux assurances individuelles traditionnelles), qui

---

[200] Petitclerc donne l'exemple de « la Montreal Street Railway Mutual Benefit Association [qui] est fondée [par la Montreal Street Railway Company] après que deux grèves particulièrement difficiles aient secoué la compagnie de tramways en 1903. Ne voulant pas reconnaître le syndicat des employés, la compagnie a donc préféré mettre sur pied une association de bienfaisance qu'elle contrôlait. L'initiative est d'autant plus rentable pour la compagnie que la protection sociale permet de freiner l'augmentation des salaires. Lors d'une enquête effectuée par les inspecteurs du département des assurances, ces derniers reconnaissent ainsi 'le contrôle' et 'l'influence de la compagnie sur les membres et surtout sur le bureau de direction de la société'. Selon ces inspecteurs, les faibles salaires versés aux employés s'expliquent 'à cause des avantages accordés aux membres par l'entremise de la société'. » (Petitclerc, 2005, p. 5 ; à ce sujet, voir aussi Petitclerc, 2007)

commencent à apparaître à la fin des années 1910 (Petitclerc, 2005, p. 6)[201]. Cette nouvelle technique est progressivement adoptée par les grands industriels à partir des années 1920. Selon Petitclerc, il s'agit-là d'un virage important dans les pratiques et les motivations des industriels en matière de relations de travail puisque les employeurs abandonnent du même mouvement le paternalisme patronal :

> À partir des années 1920, ce système paternaliste, où l'employeur se fait son propre assureur, laisse progressivement place aux nouvelles assurances collectives. Au sein de la grande entreprise, le développement de ce type d'assurances marque un déplacement important. Alors que le paternalisme patronal a pour objectif principal de contrer d'une façon autoritaire la montée du syndicalisme, l'assurance collective découle davantage des nouvelles techniques de gestion de la main-d'œuvre afin d'en améliorer la productivité. Dans ce contexte, le syndicalisme, même s'il est toujours perçu avec suspicion par les employeurs, tend lentement à devenir un élément de stabilité au sein de l'entreprise. Ce contexte favorisera le développement des assurances collectives au sein de la grande entreprise. (Petitclerc, 2005, p. 6)[202]

Toutefois, si les intérêts des grands industriels et des grandes compagnies d'assurance commerciales se rencontrent à partir des années 1920 pour offrir des assurances

---

[201] « Dans le domaine assurantiel, ce type de protection marque une rupture avec la pratique de l'assurance individuelle en ce qu'elle permet à une personne, le directeur d'entreprise, de détenir une police d'assurance contre certains risques courus par l'ensemble de ses employés. Sur le plan technique, l'assurance collective permet de contourner les coûts importants de l'assurance individuelle relatifs [à] la sélection adverse. Si on ajoute à cela toutes les sommes économisées en publicité et en vente, on peut comprendre la capacité des compagnies à offrir des assurances à un coût beaucoup plus faible que les institutions traditionnelles d'assurance, et notamment les sociétés de secours mutuels. » (Petitclerc, 2005, p. 6)

[202] Cette analyse de Petitclerc quant aux motivations des employeurs à développer leurs propres caisses d'assurance-santé concorde avec celle de Swartz, qui voit comme Petitclerc deux grandes motivations – économique et politique – à ce type d'initiative (précisons toutefois que contrairement à Petitclerc, Swartz n'analyse pas l'évolution de ces motivations dans le temps) : « More typically, employers set up welfare provisions of their own, and in doing so were motivated by two main considerations. Many [...] saw health insurance as a way of increasing the efficiency of labour. Henry Thornton, president of the CNR, explained this reasoning to the British Columbia Royal Commission on State Health Insurance and Maternal Benefits in a remarkably candid moment : 'We creosote ties... They are materials. We conserve them ; the successful business is the one that does the same thing for its men.' Others saw political benefits in health insurance, because of their realization that 'distress breeds a dangerous temper.' [...] Since they were controlled by the employer, access to benefits was determined by him. They were, in short, paternalistic programs, designed to combat employees discontent by offering benefits to loyal' employees, and so blunt the tendencies of workers to unionize and/or turn to socialism in an effort to realize their own interests. » (Swartz, 1977, p. 316-317)

collectives aux travailleuses et travailleurs de l'industrie, ces assurances collectives privées prennent encore le plus souvent la forme d'assurances-indemnités qui visent le remplacement du revenu en cas de maladie ou d'accident plutôt que d'une assurance-maladie couvrant l'accès aux soins médicaux et hospitaliers. Ce n'est qu'à partir du moment où les institutions hospitalières seront pleinement associés à cette collaboration que des assurances collectives offrant l'accès aux soins prendront leur essor. En effet, les institutions hospitalières, qui, comme nous l'avons vu, cherchent à accroître l'afflux des patientes et des patients payants pour faire face aux coûts grandissants associés à leur nouvelle vocation médicale, trouveront dans la forme des assurances collectives une solution potentielle à leurs problèmes financiers.

> Le 'virage sanitaire' [c'est-à-dire axé sur l'accès aux soins] de l'assurance collective ne se fait que dans les années 1930, lorsque les associations d'hôpitaux se joignent à la coalition des compagnies d'assurance et de la grande industrie. À ce moment, on entrevoit la possibilité que l'assurance collective puisse résoudre définitivement les problèmes financiers structurels du réseau hospitalier. C'est autour de ces trois grands acteurs que va se construire l'essentiel du système de protection sociale privée de l'après-guerre. (Petitclerc, 2005, p. 6)

Par ailleurs, ce n'est pas un hasard si ces premières assurances collectives permettant l'accès aux soins hospitaliers émergent dans le contexte de la crise économique des années 1930. Non seulement celle-ci aggrave les problèmes financiers des hôpitaux, mais elle entraîne également des revendications populaires croissantes en matière d'assurances sociales. En cela, le développement des assurances collectives privées ne doit pas être uniquement compris comme une innovation technique permettant de résoudre certains problèmes économiques. Ces innovations ont aussi, du point de vue des industriels et des compagnies d'assurance,

> une *dimension profondément politique*. En effet, les grandes compagnies d'assurance ne cachent pas leur intention d'imposer un système de protection sociale privée qui rendrait inutile l'application des 'assurances européennes' en Amérique. *C'est donc la crainte des assurances sociales* qui pousse les compagnies d'assurances et les grandes entreprises à collaborer pour établir un

> système privé de protection sociale. Cette collaboration *permet évidemment de définir la politique sociale selon des termes définis par les assureurs et les entreprises*. (Petitclerc, 2005, p. 6)[203]

Le développement par la classe capitaliste d'une offre d'assurances privées collectives couvrant l'accès aux soins hospitaliers – qui est amorcé dans les années 1930 mais qui ne prendra véritablement son essor qu'à partir des années 1940 – doit donc avant tout se comprendre dans un contexte où les revendications populaires pour le développement d'assurances sociales – et notamment celles en provenance du mouvement syndical – sont de plus en plus pressantes.

3.2 Premiers débats sur les assurances sociales (1900-1940)

3.2.1 Les premières revendications populaires en faveur des assurances sociales[204]

Il faut d'abord préciser que le mouvement syndical québécois n'est pas unanime et ne suit pas une trajectoire unique dans ses revendications en matière d'assurances sociales, et notamment en ce qui concerne le domaine de la santé. Les syndicats internationaux implantés au Québec – dont seront éventuellement issus la Fédération provinciale du travail du Québec (FTPQ) en 1937 et la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ) en 1957 – partagent jusqu'à la fin des années 1910 la méfiance de leurs alliés américains à l'égard de l'intervention étatique, « même quand il s'agit de mesures de protection sociale comme les pensions de retraite et l'assurance-chômage. » (Rouillard, 2004, p. 62) Les syndicats internationaux états-uniens auront en effet tendance à privilégier l'organisation autonome des travailleuses et des travailleurs :

---

[203] C'est moi qui souligne.

[204] Considérant son importance – qui découle du fait qu'il s'agit de la première grande victoire ouvrière en la matière – nous traiterons séparément du cas des luttes pour une assurance étatique couvrant les accidents et maladies professionnelles. Voir *infra*, section 3.2.2.

> Échaudées par des lois répressives et de durs jugements à la fin du XIXe siècle, elles préfèrent miser sur la négociation collective dans les entreprises plutôt que sur l'action de l'État pour assurer la protection des travailleurs. Un des principes cardinaux de Samuel Gompers, président de la FAT, reposait sur l'idée qu'on ne devait pas demander aux gouvernements ce que les travailleurs pouvaient accomplir de leur propre initiative. (Rouillard, 2004, p. 63)

Toutefois, les syndicats internationaux canadiens prennent leur distance de ce principe dès la fin de la Première guerre mondiale et revendiquent de l'État fédéral qu'il instaure des programmes universels de pensions de vieillesse, d'assurance-chômage et d'assurance-maladie. « Le Conseil des métiers et du travail de Montréal [(CMTC)] réclame déjà ces mesures en 1919 devant une commission royale d'enquête. » (Rouillard, 2004, p. 63)[205]

La Confédération des travailleurs catholiques du Canada (CTCC), syndicat québécois initié par des membres du clergé et qui deviendra la Confédération des syndicats nationaux (CSN) en 1960, prend position en faveur de l'intervention sociale de l'État et de certaines assurances sociales à partir des années 1920 et ce, malgré les réserves traditionnelles de l'Église catholique à cet égard :

> Pour sa part, la CTCC s'éveille à la revendication de mesures étatiques de sécurité sociale dans les années 1920. Le sujet est pour elle assez délicat car les milieux cléricaux craignent l'étatisme et valorisent la charité privée. Elle réclame néanmoins un programme d'allocation familiale dès 1923, des pensions de vieillesse en 1926 et l'assurance-chômage à partir de 1928. La résolution d'appui aux pensions de vieillesse rencontre l'opposition de l'aumônier général et du président de la centrale en 1926. Elle est néanmoins adoptée car les travailleurs sont conscients que la charité publique et privée ne peut plus suffire à la tâche. (Rouillard, 2004, p. 63)

En ce qui concerne plus précisément l'assurance-maladie, il faudra attendre 1943 avant que la CTCC en adopte le principe, et elle s'opposera au contrôle étatique du plan

---

[205] Toutefois, il n'est pas clair si l'assurance-maladie qui est revendiquée ici est une assurance-maladie entièrement étatisée. Il n'est pas clair non plus si on demande à cette époque un régime assurant la protection du revenu en cas de maladie et/ou l'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

jusqu'au milieu des années 1950, préférant un modèle financé et géré de manière tripartite (Tremblay, 1972, p. 96-97 ; voir *infra*, chapitre 4). Cet attachement de la classe des travailleurs et travailleuses à une certaine autonomie par rapport à l'État se manifestera également devant la Commission des assurances sociales du Québec, durant laquelle « certains syndicalistes suggèrent de faire jouer un rôle important aux caisses syndicales pour administrer la protection du revenu des ouvriers malades dans le projet d'assurance maladie devant être soumis à la fin des travaux de la Commission[206]. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 36)

Les réserves de la CTCC à l'égard de l'assurance-maladie durant les années 1920 et 1930 font douter de la vigueur du mouvement populaire en faveur d'une telle mesure au cours de cette période au Québec. Il faut comprendre toutefois qu'il s'agit là d'un enjeu qui ne se joue pas strictement sur la scène provinciale, mais aussi au niveau national. Ainsi, durant les années 1920 et 1930, les revendications du mouvement syndical québécois en matière de politiques sociales sont adressées avant tout au gouvernement fédéral. C'est le cas des syndicats internationaux, qui sont implantés non seulement au Québec mais aussi dans plusieurs autres provinces et qui militent donc en faveur de l'assurance-maladie sur une base nationale. Le CMTC ira d'ailleurs jusqu'à demander au gouvernement fédéral de modifier la constitution pour faire des politiques sociales une compétence fédérale :

> Mais lorsque les tribunaux font valoir que les assurances sociales sont de compétence provinciale, le CMTC invite Ottawa à modifier la constitution canadienne pour permettre au fédéral de légiférer. On préférait lui attribuer ces responsabilités plutôt que s'en remettre aux provinces car Ottawa dispose de

[206] Rappelons qu'à cette époque, la protection du revenu en cas de maladie reste une préoccupation prioritaire de la classe des travailleuses et des travailleurs, même si les demandes pour l'accès aux soins hospitaliers et médicaux deviennent de plus en plus importantes au cours de cette période. C'est d'ailleurs cette préoccupation pour la protection du revenu qui ressort des représentations ouvrières faites durant les audiences de la Commission des assurances sociales, sur laquelle nous reviendrons (voir *infra*, section 3.2.3).

> ressources financières supérieures, ce qui épargnerait aussi au CMTC de devoir convaincre chaque gouvernement provincial. (Rouillard, 2004, p. 63)

Sans aller aussi loin, et même si elle ne revendique pas l'instauration de l'assurance-maladie, la CTCC aura également tendance à faire pression auprès du gouvernement fédéral en matière d'assurances sociales : « Avant les années 1940, la centrale est peu sensible à la défense de l'autonomie provinciale en matière sociale, estimant par exemple que l'assurance-chômage doit être établie sur le plan national pour être efficace. » (Rouillard, 2004, p. 64)

De plus, sur la scène nationale, la timidité d'une partie de la classe des travailleuses et des travailleurs québécoise sur l'enjeu de l'assurance-maladie durant les années 1920 et 1930 fait contraste avec la dynamique qui se développe en Ontario et dans l'ouest du Canada, où se fait sentir la pression de la Cooperative Commonwealth Federation (CCF), fondée en 1932 par une coalition d'agricultrices, d'agriculteurs, de travailleuses et de travailleurs. Durant les années 1930, ce nouveau parti portera, sur la scène fédérale et dans plusieurs provinces, un programme – radical dans le contexte nord-américain – qui s'engage notamment en faveur de la socialisation de la médecine, et non seulement de l'assurance-maladie étatique. Autrement dit, on propose la nationalisation des hôpitaux et l'étatisation de la médecine : « the CCF leaders saw 'socialized medicine' as their most important reform (which they conceived to be a system of salaried physicians under the control of the government) » (Swartz, 1977, p. 323). C'est donc ici non seulement des revendications en faveur d'une protection du revenu en cas de maladie ou pour l'accès aux soins qui sont mises de l'avant, mais bien une réflexion sur *l'organisation* du système de soins[207].

---

[207] Si la littérature sur le mouvement syndical québécois nous informe quant aux revendications en matière d'assurance-maladie, elle ne semble pas s'intéresser aux revendications en matière d'*organisation* du système de santé qu'aurait pu développer le mouvement syndical québécois durant la première moitié du XXe siècle, ce qui ne signifie pas qu'il n'y en a pas eu. En effet, la recherche documentaire effectuée dans le cadre de la thèse, qui est limitée en ce qui concerne les sources de première main aux années 1960-1970, montrent que de telles revendications existent à partir des années

C'est d'ailleurs en Colombie-Britannique, où le CCF représente près du tiers de l'électorat en 1935, que sera introduite la première législation instaurant une assurance maladie étatique, qui ne sera toutefois jamais promulguée, principalement à cause de l'opposition des médecins et de la classe capitaliste[208] (Swartz, 1977, p. 318-319). Cet échec contribuera à faire converger davantage la pression sur le gouvernement fédéral puisque « [t]he obvious conclusion from the BC experience » sera que « federal action is necessary » (Swartz, 1977, p. 319). En effet, outre la fragilité financière plus grande des gouvernements provinciaux, une des raisons principales de l'opposition de la classe capitaliste à cette première tentative d'assurance-maladie étatique est que « the employers [...] feared they would be at a disadvantage relative to their competitors in other provinces who, without the cost of health insurance, would be able to undercut their price. » (Swartz, 1977, p. 319)

À partir du milieu des années 1930, la possibilité d'une assurance-maladie nationale commence à être sérieusement envisagée sur la scène fédérale, notamment avec l'annonce d'un *New Deal* canadien – qui inclut un projet d'assurance-maladie – proposé par le premier ministre conservateur Richard Bennett à la veille des élections

---

1960, sans que cela soit mentionné dans la littérature en question. À ce sujet, voir *infra*, chapitre 4. Seul Tremblay indique au passage qu'à la FPTQ, le problème de la santé est perçu « dès le début des années 40, *dans une perspective de socialisation*, comme une responsabilité de la collectivité. » (1972, p. 198) C'est moi qui souligne.

[208] En fait, les médecins « favoured some sort of health insurance because the depression had hurt doctors economically. But the profession wanted the state only to cover the health bills of the unemployed and very poor employed workers, that is, those who could not afford anything for medical care. » (Swartz, 1977, p. 318) Quant à la classe capitaliste, « the survey of major employers done by the second royal commission [tenue dans la province à la fin des années 1920] revealed that only a small minority opposed state health insurance and, indeed, that perhaps a majority actually favoured it. » (Swartz, 1977, p. 318) Swartz ne précise pas clairement les raisons de ces prises de position, mais son analyse suggère qu'elles sont appuyées principalement sur des motivations politiques (visant par exemple à accorder des concessions à une classe ouvrière trop militante) (Swartz, 1977, p. 318-319). Quoiqu'il en soit, il semble que les conditions de la crise des années 1930 amèneront le milieu des affaires à revoir sa position : « Because of province's shaky financial position, they were opposed to both additional provincial and municipal debt which might result in defaults on loans they held and additional taxes which would further diminish the markets for their products. Consequently, they opposed the scheme favoured by the medical profession. » (Swartz, 1977, p. 318-319) Les tentatives du gouvernement pour concilier les positions des médecins et des capitalistes échoueront.

fédérales de 1935. Celles-ci conduisent toutefois à la défaite des conservateurs et au retour au pouvoir de Mackenzie King et du Parti libéral. Néanmoins, le projet d'une assurance-maladie étatique restera à l'ordre du jour fédéral jusqu'au milieu des années 1940 (Swartz, 1977, p. 319-322)[209].

La menace de l'instauration d'une assurance-maladie étatique durant les années 1930 – menace qui motivera la classe capitaliste québécoise à développer les alternatives privées dont il sera question plus loin (voir *infra*, section 3.3) – doit donc être comprise dans le contexte canadien, et non seulement québécois, d'autant plus qu'une partie importante du mouvement syndical québécois est réfractaire à l'intervention étatique en matière de santé. Néanmoins, la victoire ouvrière que représente au Québec la *Loi sur les accidents de travail* de 1931 (Pontaut, 1985) et la mise sur pied, encore une fois sous la pression du mouvement ouvrier, de la Commission des assurances sociales par le gouvernement du Québec en 1930 (Petitclerc, 2012, p. 214) illustrent la vigueur du mouvement ouvrier québécois de cette époque dans ses revendications en matière d'assurances sociales. Or, ces revendications contribueront non seulement à stimuler les initiatives privées en matière d'assurance-maladie, mais aussi à paver la voie à l'assurance-maladie étatique dans la mesure où elles permettront d'ouvrir des brèches

[209] S'ensuivra une éclipse d'une décennie (1945-1955) sur cet enjeu – du moins au niveau fédéral – avant que ne soit finalement adoptée en 1957 la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques*, qui institue un programme fédéral d'assurance hospitalisation à frais partagés (Swartz, 1977, p. 322). Selon cet auteur, l'impasse constitutionnelle et les conflits de juridiction entre le gouvernement fédéral et les provinces ne peuvent à eux seuls expliquer cette « mise en suspens » de l'enjeu de l'assurance-maladie au niveau fédéral, qui doit aussi être comprise dans une perspective de classe, de même d'ailleurs que l'intérêt renouvelé pour cette question à partir de la conférence fédérale-provinciale de 1955 (Swartz, 1977, p. 321-323). Seule exception à cette éclipse : le programme fédéral de subvention à la construction d'hôpitaux adopté en 1948, qui contribuera d'ailleurs au virage hospitalo-centrique des interventions étatiques provinciales en matière de santé. Au niveau provincial, durant cette décennie, de timides avancées se produiront en Colombie-Britannique, « where the CCF largely sustained its wartime electoral promise » (Swartz, 1977, p. 323), et la première assurance hospitalisation étatique universelle du Canada sera adoptée en 1947 en Saskatchewan, où le CCF avait remporté l'élection de 1944. Selon Swartz, il s'agit là d'une victoire limitée au regard de l'objectif prioritaire de socialisation de la médecine portée par le CCF (1977, p. 323).

dans le régime libéral des assurances privées qui domine sans partage le paysage assuranciel québécois jusqu'au début des années 1930.

3.2.2 La Loi sur les accidents de travail (1931)

Selon Rousseau, la période de l'entre-deux-guerre est partout en Amérique du Nord marquée par une véritable « crise des régimes d'assurance volontaires » (2004, p. 169), dont les manifestations les plus aigües prendront la forme des revendications ouvrières pour un régime d'indemnisation des accidents de travail. En effet, les débats entourant cette question joueront un rôle précurseurs dans la remise en question « parfois radicale » des « régimes libéraux d'assurance, laissés entièrement au libre jeu des forces des marchés de particuliers » (Rousseau, 2004, p. 169). Plus spécifiquement, ils conduiront à trois grands résultats

> dont l'importance sera cruciale dans les débats sur l'assurance maladie : 1) un constat d'échec à l'égard des régimes libéraux d'assurance ; 2) l'adhésion au principe de l'assurance obligatoire ; 3) la reconnaissance de la nécessité d'un encadrement de l'offre d'assurance par l'État. (Rousseau, 2004, p. 170)

Le Québec des années 1920 et 1930 ne fait pas exception à cette tendance nord-américaine. L'Acte des manufactures du Québec de 1885 (voir *supra*, chapitre 2) est suivi en 1909 par la *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent*, première loi québécoise qui intervient directement en matière d'accidents de travail (Lippel, 1986, p. 9). Or, cette loi suscitera rapidement « de nombreux mécontentements à l'égard des compagnies d'assurances » (Rousseau, 2004, p. 170). Si elle instaure le principe de responsabilité (individuelle) patronale sans égard à la faute, ce qui épargne aux travailleuses et travailleurs accidentés le fardeau de la preuve, et si elle prévoit l'octroi d'indemnités, leur versement continue de dépendre de l'issue des poursuites

civiles intentées par les victimes ainsi que de la solvabilité des employeurs, puisque la loi de 1909 n'oblige pas ces derniers à être assurés (Lippel, 1986 ; Pontaut, 1985).

L'adoption de la loi ontarienne de 1914, qui instaure dans cette province un régime étatique d'assurance obligatoire et d'indemnisation des accidents de travail (voir *supra*, chapitre 2), contribuera à alimenter les revendications du mouvement ouvrier québécois et les pressions sur le gouvernement de l'époque pour l'instauration d'un régime semblable au Québec (Pontaut, 1985, p. 37). C'est dans ce contexte que sera mise sur pied la Commission d'enquête sur la réparation des accidents du travail dont les audiences se tiendront durant les années 1920. Devant cette Commission, les représentants ouvriers contestent le régime fondé par la loi de 1909, dont le principe est « 'faux, disent-ils, parce qu'il fait de la réparation des accidents du travail une question de charité, un secours à l'indigents, au lieu d'en faire un principe de justice et d'équité, un droit acquis.' » (cité dans Pontaut, 1985, p. 41). Ils opposent à ce principe « la reconnaissance des droits à une compensation » (Pontaut, 1985, p. 41). Ils dénoncent également « la collusion tacite entre patrons et assureurs et [manifestent] leur désir de voir s'établir au Québec, comme en Ontario, une caisse d'assurance financée par les patrons et entièrement contrôlée par l'État. » (Rousseau, 2004, p. 170-171)[210]

De leur côté, les industriels « viennent y exprimer leur satisfaction à propos du régime de 1909, formuler leurs craintes à l'égard d'une hausse anticipée des coûts d'une éventuelle assurance d'État » (Rousseau, 2004, p. 170). Ils sont également opposés au principe de la responsabilité collective des employeurs face aux accidents de travail (Pontaut, 1985, p. 40-41). Plus globalement, le patronat s'élève contre le principe même d'une assurance d'État : « 'we are not in sympathy, résume l'un des industriels

[210] Rousseau précise que le mécontentement à l'égard du régime de 1909 et des compagnies d'assurances n'est pas seulement le fait du mouvement ouvrier mais qu'il est aussi partagé par les médecins et les directions hospitalières, dont les principaux griefs concernent le paiement des frais médicaux et hospitaliers (2004, p. 171-172).

appelés à témoigner devant la Commission en 1924, with State control of any kind of insurance'. » (cité dans Rousseau, 2004, p. 170) En cela, les employeurs rejoignent d'ailleurs les représentants des compagnies d'assurance privées, directement menacées par le projet d'une assurance étatique :

> Parce qu'il évoque une assurance contrôlée et dirigée par l'État, le projet de loi de 1931 concernant les accidents du travail est considéré, malgré le précédent ontarien, par l'Association des courtiers d'assurance de la province de Québec, comme 'une atteinte à son commerce' et une manifestation de 'bolchévisme'. (Pontaut, 1985, p. 44)

Les travaux de la Commission conduiront en 1928 à des modifications importantes à la loi de 1909, qui reconnaîtra désormais la responsabilité collective des employeurs face aux accidents de travail et qui imposera le principe de l'assurance obligatoire. Toutefois, l'offre d'assurance restera dans un premier temps la prérogative des assurances commerciales. Or, cette tentative de compromis entre les points de vue des classes capitaliste et laborieuse sera un échec :

> En voulant ménager un marché lucratif pour les assureurs tout en soumettant le patronat à l'assurance obligatoire, la Commission avait fini par mécontenter tout le monde, sauf les compagnies d'assurances… Des pressions venant de toutes parts, pour des motifs souvent opposés, forcèrent finalement le gouvernement Taschereau à instituer en 1931 une caisse d'assurance d'État, semblable à celle de l'Ontario promulguée 15 ans plus tôt. (Rousseau, 2004, p. 172)

C'est ainsi que les luttes sur l'enjeu de l'indemnisation des accidents de travail qui marquent les années 1920 se concluront par la victoire du mouvement ouvrier, dont le point de vue sur cette question sera largement institutionnalisé dans la *Loi des accidents de travail* finalement adoptée en 1931 (Lippel, 1986 ; Pontaut, 1985). Selon Rousseau, celle-ci jouera un rôle crucial dans la remise en question du régime d'assurances privées et volontaires qui dominait jusque-là sans partage le paysage assurantiel québécois : avec l'adoption de cette loi, qui instituait pour la première fois au Québec une caisse d'assurance d'État, « [u]ne brèche était désormais ouverte dans le dispositif

d'assurance libérale. Il était acquis que l'État pouvait se constituer lui-même assureur. » (2004, p. 172)

Cette première remise en question du rôle des assurances privées sera immédiatement suivie de celle – beaucoup plus large – impliquée par les travaux de la Commission des assurances sociales du Québec (Commission Montpetit). « L'aboutissement de ce long débat sur l'indemnisation des accidents du travail a constitué en même temps le point de départ des audiences de la Commission des assurances sociales de Québec, présidée par Édouard Montpetit. » (Rousseau, 2004, p. 172)

3.2.3 La Commission des assurances sociales du Québec (1930-1933)

L'épisode de la Commission Montpetit est intéressant pour plusieurs raisons et ce, même si ses recommandations en faveur de la création d'assurances sociales ne seront pas appliquées par le gouvernement[211]. D'abord, sa création est symptomatique de l'intensité des débats qui agitent la société québécoise de l'époque quant au rôle social de l'État et, notamment, quant à son intervention éventuelle dans le domaine socio-sanitaire. Selon Rousseau : « Cette commission, dont le mandat fut défini très largement[212], marque un tournant en ce sens qu'elle énonce de manière très explicite la question du rôle de l'État dans des domaines que l'on définissait auparavant comme

---

[211] Néanmoins, selon Petitclerc, « les recommandations de la Commission marquent une rupture profonde dans les discours sur la pauvreté, et seront ainsi une référence importante pour les mouvements sociaux au cours des années qui suivront. D'ailleurs, c'est en s'inspirant de cette commission que le gouvernement libéral met sur pied, en 1942 et 1943, la Commission d'enquête sur les hôpitaux et la Commission d'assurance maladie » (Petitclerc, 2012, p. 215-216).

[212] Ses travaux porteront sur l'assistance (familles nombreuses, mères nécessiteuses, adoption et placement des enfants), sur les assurances sociales (assurance maladie, assurance vieillesse, assurance chômage, assurance invalidité) et sur l'hygiène industrielle (Commission des assurances sociales du Québec, 1931-1933, p. 5).

étant du ressort exclusif de la charité privée. » (Rousseau, 2004, p. 172-173) De même, Petitclerc estime que

> l'importance de la Commission déborde largement les politiques concrètes qu'elle aurait pu inspirer. Pour mesurer son 'succès politique', il faut prendre en compte que, pour la première fois dans l'histoire du Québec, une bonne partie de l'élite franco-québécoise remettait en question la primauté de l'assistance catholique traditionnelle dans la prise en charge des problèmes sociaux. [...] En effet, avant 1930, jamais l'autorité de l'Église, et sa conception charitable de la pauvreté, n'avait été sérieusement remise en doute. (Petitclerc, 2012, p. 216)

En cela, l'épisode de la Commission Montpetit peut être considéré, à l'instar de l'adoption de la *Loi sur les accidents de travail* en 1931, comme une autre manifestation de la capacité grandissante du mouvement ouvrier de l'époque à imposer son point de vue en matière de politiques sociales. Toutefois, l'analyse plus fine des travaux de cette Commission (Petitclerc, 2012) montre que cette influence est loin d'être hégémonique. En effet, les travaux de la Commission Montpetit reflètent la transition qui se produit durant cette période dans la conception du « risque de la maladie » (Petitclerc, 2012, p. 220), qui passe d'une conception centrée sur la perte de revenu engendré par la maladie à une conception centrée sur l'accès aux soins médicaux et hospitaliers. De plus, ils représentent l'une des premières incursions de la logique assurantielle – jusque-là développée dans la sphère privée – au niveau de l'État québécois[213].

Or, l'analyse de Petitclerc montre que cette incursion – de même que la transition dans la conception du risque de la maladie – se font dans des termes qui correspondent au moins indirectement au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste, point de vue d'ailleurs partagé par les principales actrices et acteurs du réseau sanitaire, à savoir les administrations hospitalière et les médecins : « Ainsi, la définition même du risque de

[213] À l'exception bien sûr des débats qui conduiront à l'adoption la *Loi des accidents de travail* de 1931. À ce sujet, Petitclerc précise que la Commission, dont les travaux s'amorcent quelques mois plus tôt, contribuera à faire reconnaître le risque de la maladie industrielle (et non seulement celui des accidents de travail) dans cette loi (Petitclerc, 2012, p. 215).

la maladie sera profondément marquée par les exigences du marché du travail, de même que par celles du marché des soins médicaux et hospitaliers. » (Petitclerc, 2012, p. 220)

Au moment où la Commission débute ses travaux, les préoccupations populaires en matière de santé se tournent de plus en plus vers l'accès aux soins, mais l'indemnisation en cas de perte de revenu liée à la maladie reste un souci central des travailleuses et travailleurs : « le mouvement ouvrier, en plus de dénoncer l'humiliation pour les malades nécessiteux de recourir à l'assistance publique [pour avoir accès aux soins hospitaliers], mettait l'accent sur les pertes financières découlant de la maladie du chef de famille. » (Petitclerc, 2012, p. 220) D'autre part, nous avons vu que les institutions hospitalières sont aux prises depuis plusieurs années avec des problèmes financiers chroniques, auxquels n'échappent pas non plus une proportion importante des médecins (Petitclerc, 2012, p. 220-221)[214]. Aux commissaires « [s]e posait alors la question délicate de la hiérarchisation de deux risques, soit celui de la perte du salaire de l'ouvrier et celui des pertes de revenus pour les hôpitaux et les médecins. » (Petitclerc, 2012, p. 221)

Dans ce dilemme, il semble que les membres de la Commission seront davantage sensibles aux préoccupations des établissements hospitaliers et des médecins qu'à celles des travailleuses et des travailleurs : « Malgré les inquiétudes des ouvriers pour la perte de salaire causée par la maladie, c'est plutôt le risque des dépenses associées au traitement médical et à l'hospitalisation qui préoccupait les commissaires. » (Petitclerc, 2012, p. 221) Pour Petitclerc, ce penchant traduit en fait certaines « affinités de classe » des commissaires. Ainsi, le « processus de sélection du risque » qui conduira les commissaires à rejeter le point de vue de la classe des travailleuses et travailleur

[214] Au sujet de la crise – qui prend notamment la forme d'une crise de revenus – qui secoue la médecine libérale des années 1920 et 1930 au Québec, voir Baillargeon (2009).

> ne découle évidemment pas d'une simple évaluation rationnelle et probabilitaire du danger. En fait, ce processus de sélection était étroitement lié aux exigences du marché du travail, de même qu'à la plus grande sympathie des commissaires pour les demandes des médecins et des organisations hospitalières. (Petitclerc, 2012, p. 221)

Dans cette optique, les commissaires seront réticents à recommander le développement d'assurances sociales dont la forme serait susceptible de nuire à l'éthique du travail :

> pour la majorité des commissaires, les indemnités de salaires en cas de maladie étaient tout simplement 'une prime à l'exploitation', puisque les ouvriers tenteraient inévitablement de simuler la maladie afin de toucher les indemnités et se soustraire à leur obligation morale de travailler. (Petitclerc, 2012, p. 221)

On retrouve ici un des principes fondamentaux de l'assurance : « pour que le calcul du risque soit possible, les individus assurés ne doivent pas avoir un intérêt financier à ce que le 'sinistre' se réalise. » (Petitclerc, 2012, p. 221) Or, « ce principe 'intrinsèque' au risque et à l'assurance » (Petitclerc, 2012, p. 221), tout comme le processus de sélection du risque, ne sont pas neutres ou purement techniques mais comportent au contraire une « dimension politique » (Petitclerc, 2012, p. 221), évidente notamment dans le fait que ce principe sera appliqué aux travailleuses et travailleurs, mais pas aux médecins et institutions hospitalières : « Aucun commissaire ne semblait d'ailleurs troublé par le fait que les intérêts financiers des médecins et des administrations hospitalières à ce que se produise le sinistre de la maladie puisse corrompre un éventuel système d'assurance sociale consacré à ce risque. » (Petitclerc, 2012, p. 221)

C'est donc dans ces termes, c'est-à-dire sous la forme d'un impératif à ne pas nuire à l'éthique du travail tout à fait compatible avec les préoccupations de la classe capitaliste, que ce principe propre aux assurances privées (bourgeoises)[215] sera, avec les travaux de la Commission Montpetit, importé dans les premières réflexions de l'État

---

[215] On a vu que ce principe était étranger aux sociétés ouvrières de secours mutuels et qu'il a été introduit dans le mouvement mutualiste par les mutuelles bourgeoises qui se développent au début du XXe siècle (voir *supra*, section 3.1.2).

québécois concernant les assurances sociales[216]. En cela, cette Commission aura un impact crucial sur les termes du débat public sur l'assurance-maladie :

> La Commission [...] contribue de façon décisive à faire de l'accès aux soins hospitaliers une pièce maîtresse du débat public sur l'assurance. Évidemment, le problème de l'accès aux soins privés est fondamental pour la classe ouvrière de l'époque. Toutefois, les motivations des réformateurs sociaux, pour peu qu'on gratte le vernis du discours philanthropique, sont marquées d'une certaine ambiguïté. En effet, ces derniers sont très méfiants à l'égard de la propension de la classe ouvrière à la dépendance (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 33).

Autre signe de l'influence du point de vue de la classe capitaliste sur les membres de la Commission, celle-ci ne recommandera finalement pas l'étatisation de l'assurance hospitalisation (Rousseau, 2004, p. 173-174) et ce, malgré un préjugé favorable des commissaires pour les assurances sociales (Petitclerc, 2012, p. 215) :

> l'opinion ouvrière aura finalement peu d'influence sur les conclusions des commissaires. Malgré de fortes pressions pour l'adoption d'un système d'assurance maladie obligatoire, ils recommandent le développement d'un système privé volontaire structuré autour de nouvelles organisations mutualistes. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 36)

Ce choix des commissaires s'explique principalement par le fait que, comme nous l'avons mentionné (voir *supra*, section 3.1.3), des alternatives privées à l'assurance étatique sont en cours de développement depuis le début des années 1930, alternatives

---

[216] Ce sera également le cas lorsque la Commission s'attardera au problème de l'assurance-chômage : « ce n'était pas le chômage en général qui devait être assuré, mais le chômage 'accidentel' que l'on pouvait clairement reconnaître comme n'étant pas de la responsabilité de l'ouvrier. Cette définition restrictive du chômage visait évidemment à contrer le problème de l'intérêt des assurés à ce que se matérialise le sinistre du chômage. Et même si le chômage était considéré comme accidentel, on tentait d'en limiter la compensation afin de ne pas nuire au marché du travail ; ce qui impliquait de limiter étroitement les indemnités et la durée des prestations. » (Petitclerc, 2012, p. 222) Les travaux de Cuneo (1979, 1980, 1986) et de Campeau (2001) montrent que le processus d'adoption de la loi de 1940 instituant le régime canadien d'assurance-chômage sera marqué du même souci de ne pas nuire à l'incitation au travail, même si ce souci sera, ici aussi, exprimé dans le langage technique de la nouvelle idéologie actuarielle typique de la bureaucratie de l'époque (Pal, 1986a ; 1986b).

que les commissaires souhaitent encourager et mettre à l'épreuve[217] : « Un sursis de cinq ans était donc accordé aux promoteurs de l'assurance volontaire pour qu'ils mettent au point des solutions viables en matière d'assurance hospitalisation. » (Rousseau, 2004, p. 174)

3.3 Développement et échec des assurances-maladies privées et virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins

3.3.1 Le développement d'une alternative privée à l'assurance étatique

Durant les années 1930 se produit donc la conjonction de deux facteurs qui stimuleront le développement de ces alternatives privées à l'assurance hospitalisation étatique : d'une part, les problèmes financiers des établissements hospitaliers – qui prennent racine, rappelons-le, dans les transformations que l'hégémonie grandissante de la médecine scientifique a fait subir à la mission hospitalière – sont approfondis par la crise économique, donnant à ces difficultés un caractère d'urgence ; et d'autre part, les revendications populaires croissantes en faveur des assurances sociales représentent, du point de vue de la classe capitaliste mais aussi des actrices et acteurs dominants du système de soins, une menace de plus en plus sérieuse sur le régime d'assurance et de médecine libéral[218] :

---

[217] Le Président de la Commission est d'ailleurs lui-même, de concert avec plusieurs membres de la classe capitaliste, directement impliqué dans la fondation de l'une d'entre elles : la Société nationale d'hospitalisation. À ce sujet, voir la section suivante.

[218] Petitclerc et Rousseau soulignent que les directions hospitalières et les associations médicales craignent elles aussi le développement d'une assurance d'État couvrant l'accès aux soins hospitaliers et médicaux : « la menace de l'assurance d'État [...] fait craindre, chez les dirigeants d'hôpitaux, la centralisation de la gestion hospitalière, un resserrement des inspections gouvernementales, voire l'étatisation éventuelle de la propriété des hôpitaux. Les grandes organisations médicales, quant à elles, craignent que l'assurance d'État n'ouvre la porte au contrôle de la pratique médicale, au bris du secret professionnel et même à la médecine d'État tant redoutée. » (2005, p. 37)

> Cette situation d'urgence [des finances hospitalières] combinée à l'éclosion d'un courant d'opinion favorable à l'étatisation de l'assurance hospitalisation viennent stimuler, partout en Amérique du Nord, les partisans de l'assurance privée dans leurs efforts pour mettre au point des plans de protection accessibles au plus grand nombre. (Rousseau, 2004, p. 174)

Dans ce contexte, les intérêts des établissements hospitaliers, des compagnies d'assurance commerciales et des grands industriels convergent et poussent ces actrices et acteurs à élaborer de nouvelles innovations en matière d'assurances privées. Inspirées d'expériences états-uniennes, ces innovations sont développées au Québec en marge des débats publics sur les assurances sociales par des membres influents de la classe capitaliste, avec l'appui direct ou indirect de certains hauts fonctionnaires et politiciens : « Dans les années 1930, alors que sur la place publique on débat âprement du rôle de l'État dans l'offre de soins de santé, patrons et assureurs s'affairent dans la plus complète discrétion à trouver une solution au problème de l'accès à l'hôpital. » (Rousseau, 2004, p. 176)

Ces nouvelles formes d'assurance maladie privée seront incorporées en tant que sociétés mutuelles sans but lucratif, mais elles se distinguent à plusieurs égards des sociétés mutuelles traditionnelles, et notamment parce que leur offre assurantielle, qui intègre l'innovation des assurances collectives plutôt qu'individuelles, est centrée sur l'accès aux soins médicaux et hospitaliers plutôt que sur les indemnités de remplacement du revenu en cas de maladie[219]. La première tentative sérieuse en ce sens sera incarnée par la Société nationale d'hospitalisation, fondée en 1930 : « Pour la première fois, en effet, on s'émancipait définitivement [avec cette Société] des régimes d'indemnisation centrés sur l'allocation de remplacement pour privilégier le remboursement direct des frais afférents à la maladie. » (Rousseau, 2004, p. 178) Des

[219] Nous verrons que ces nouvelles formes d'assurances se distinguent également des sociétés mutuelles par leur organisation antidémocratique, du moins en ce qui concerne la Croix Bleue.

membres importants de la classe capitaliste et de l'élite politique contribueront à la mise sur pied de cette première expérience québécoise en la matière :

> Une quarantaine d'hommes d'affaires, d'avocats, de notaires et de médecins [...] apportèrent [à la Société nationale d'hospitalisation] leur concours et lui fournirent des avances pour constituer son capital de démarrage. Parmi ses promoteurs, figuraient Édouard Montpetit (président de la Commission des affaires sociales), des actionnaires et des dirigeants de compagnies d'assurance canadiennes-françaises [...], des banquiers, des industriels, etc. Elle fut placée sous le patronage d'une dizaine de personnalités influentes, dont le Premier ministre Taschereau [...]. (Rousseau, 2004, p. 178)

Malgré des débuts prometteurs, la Société nationale d'hospitalisation fera faillite dès 1934. Quant à la Société mutuelle d'hospitalisation, fondée en 1937 dans des conditions similaires, elle n'obtiendra pas l'autorisation nécessaire du Service des assurances du Québec et sera liquidée en 1944 (Rousseau, 2004, p. 179). C'est finalement sous le modèle de la Croix Bleue que ces efforts porteront fruit au début des années 1940. Ce modèle est lui aussi importé des États-Unis et créé à l'initiative de la classe capitaliste montréalaise :

> Au Québec, un petit groupe d'hommes d'affaires du Montreal Board of Trade rallie autour d'un projet de société sans but lucratif les principales organisations médicales et hospitalières, des patrons de grandes firmes capitalistes et des assureurs. Avec l'appui tacite du Surintendant des assurances, ils fondent la société d'assurances la Croix Bleue en 1942, pendant québécois de la Blue Cross of America. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 38-39)

Ici aussi, la complicité de certains hauts fonctionnaires sera donc décisive dans le succès du projet, et notamment celle du Surintendant des assurances, qui l'appuiera malgré ses « accrocs aux règles de fonctionnement élémentaires des sociétés de secours mutuels, stipulées par la Loi des assurances » (Rousseau, 2004, p. 183). Rousseau fait ici référence au « caractère antidémocratique de son organisation » (2004, p. 182), qui souffre de « l'absence de véritable assemblée générale, ainsi que [de] l'inexistence de

mécanismes de représentation pour les assurés au sein de l'association. » (Rousseau et Guérard, 2006, p. 303)

La Croix Bleue connaîtra au Québec un succès rapide, particulièrement auprès du patronat, qui adhérera avec enthousiasme au projet :

> L'appui des patrons des grandes entreprises semble avoir joué un rôle très important au début du mouvement. En effet, ils figurent en grand nombre parmi les signataires de la requête pour incorporer l'association en 1942. En 1943, à peine un an après le démarrage de ses activités, la Croix Bleue était déjà implantée dans plus d'une centaine de grandes entreprises, dont plusieurs compagnies d'assurances, la plupart des grandes banques et de grandes industries pancanadiennes. (Rousseau, 2004, p. 181)

Du point de vue des industriels, le modèle de la Croix Bleue comporte en effet plusieurs avantages importants. Une bonne partie d'entre eux adhèrent à « sa vision du développement de l'industrie de la santé : une vision empreinte de pragmatisme et soucieuse, avant tout, de préserver le caractère privé du dispositif de soins de santé. » (Rousseau, 2004, p. 180) De plus, ce modèle leur assure un certain contrôle sur l'organisation de l'offre d'assurance : « les patrons des grandes entreprises, autour desquels se structure la nouvelle demande pour les soins, sont appelés à jouer un rôle important dans le nouveau système de santé. Pour bien les impliquer, la [Croix Bleue] leur réserve une place de choix au sein de sa direction[220]. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 40) Enfin, la Croix Bleue permet aux patrons de la grande industrie d'apaiser les relations de travail en offrant à leurs employées et employés une couverture d'assurance qui n'implique pour les employeurs que très peu de contraintes et qui peut même se faire à coût nul pour eux :

> Cet engagement patronal derrière la Croix Bleue se comprend. La formule privilégiée ne comporte en effet qu'une seule obligation pour les employeurs :

[220] À ce propos, voir la composition de la direction de la Croix Bleue, composée en grande majorité d'« [i]ndustriels, banquiers et financiers » et de « représentants du milieu » issus aux deux-tiers du Montreal Board of Trade et de la Chambre de commerce de la Province de Québec (Guérard et Rousseau, 2006, p. 303, figure 1).

> prélever à la source les cotisations de leurs employés. En ce qui concerne leur participation financière, elle les laisse entièrement libres de contribuer aux cotisations – ce que peu d'employeurs font, malgré les encouragements de la Croix Bleue. C'est, en tout, peu de soucis pour une offre de protection qui permettra de calmer le jeu lors des nombreux conflits de travail pendant les années 1940 et 1950. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 40)

Dans la foulée du succès remporté par le modèle de la Croix Bleue, il se produira au Québec durant les années subséquentes un développement important de l'offre privée d'assurance collective couvrant l'accès aux soins médicaux et hospitaliers :

> La Croix Bleue a été la bougie d'allumage d'un développement sans précédent de l'assurance maladie privée à compter de la Seconde Guerre mondiale. Les compagnies commerciales emboîtent bientôt le pas, contribuant à renforcer le système privé de santé québécois qui prévaudra jusqu'à l'étatisation de l'assurance hospitalisation en 1961. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 39)

Or, ces développements, qui laissent entrevoir une solution aux problèmes financiers des hôpitaux, favoriseront de manière décisive le virage hospitalo-centrique et curatif qui marquera à la même époque et de manière durable le système de santé québécois.

3.3.2 L'impact sur le virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins

Le virage hospitalo-centrique et curatif que connaît le système de soins québécois à partir des années 1940 plonge ses racines jusque dans le XIXe siècle. Il est lié d'abord aux efforts faits en vue d'imposer le modèle de la médecine scientifique et de professionnaliser la médecine, efforts auxquels contribue la classe capitaliste (voir *supra*, chapitre 2). Sous cette influence grandissante de la médecine scientifique s'amorcent à la même époque des transformations profondes dans la mission des établissements hospitaliers, qui conduiront au développement d'une médecine hospitalière coûteuse. Face à des problèmes financiers chroniques, les hôpitaux seront

incités à développer des pratiques de « clientélisation » des malades, qui stimuleront à leur tour des revendications populaires croissantes en faveur de l'accès aux soins hospitaliers et médicaux et, éventuellement, en faveur de la création d'une assurance maladie étatique.

C'est toutefois le développement, à partir des années 1930, d'une offre d'assurance collective mais privée couvrant l'accès aux soins qui jettera véritablement les bases du virage hospitalo-centrique et curatif amorcé dans la décennie suivante : « L'assurance collective a beaucoup fait pour le développement d'une médecine curative lourde pratiquée à l'intérieur des murs de l'institution hospitalière. » (Petitclerc, 2005, p. 9) La classe capitaliste – grands patrons de l'industrie et compagnies d'assurance commerciales en tête – jouera un rôle crucial dans les mutations des régimes d'assurance privés qui conduiront progressivement, durant la première moitié du XXe siècle, à une redéfinition du risque de la maladie.

Cette redéfinition passera par la marginalisation des demandes ouvrières pour des indemnisations de remplacement du revenu en cas de maladie qui, du point de vue de la classe capitaliste et de l'élite politique, sont difficilement administrables à partir d'une logique assurantielle, en plus d'être susceptibles de nuire à l'éthique du travail. Cet abandon de la protection du revenu en cas de maladie se fera au profit d'une tendance vers l'indemnisation des dépenses liées aux soins, qui s'impose à partir des années 1940 grâce aux innovations opérées à l'initiative de la grande bourgeoisie dans le domaine des assurances privées : « Au cœur du [nouveau] dispositif d'indemnisation se trouve donc l'hôpital. C'est vers lui que converge [désormais] l'essentiel des indemnités versées par l'assureur. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 40) En effet, dans le modèle développé à cette époque par la Croix Bleue et rapidement repris par les assurances commerciales, « l'accès à l'hôpital devient le pivot de leur offre de services » (Rousseau, 2004, p. 185).

Avec cette nouvelle offre assurantielle, il devient possible d'attirer sur une grande échelle de nouvelles patientes et patients payants vers l'hôpital, permettant à la stratégie hospitalière de clientélisation des malades amorcée à partir de la fin du XIXe siècle de prendre véritablement son essor durant les années 1940. La croissance spectaculaire de la Croix Bleue entre 1942 et 1952 est d'ailleurs symptomatique de sa capacité à assurer une clientèle payante toujours croissante pour les établissements hospitaliers[221]. Grâce à l'appui important qu'elle obtient des patrons de l'industrie, elle dispose de moyens considérables pour ce faire :

> Les patrons des grandes firmes capitalistes [...] fournirent le capital de départ, en plus de jouer un rôle très actif dans la sollicitation de compagnies participantes et la promotion du plan d'assurance auprès de leurs employés. Ils l'ont vraisemblablement fait avec beaucoup de zèle, puisqu'en 1943, le plan était déjà offert aux employés d'une centaine de très grosses industries anglo-canadiennes, de grandes banques à charte et même de compagnies d'assurances. [...] Avec de pareils appuis, il n'est pas étonnant que la progression de la Croix Bleue ait été si foudroyante. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 303-304)

Il faut ajouter à cela que la Croix Bleue sera bientôt rejointe par les compagnies d'assurances commerciales, qui reprendront ses pratiques en matière d'assurances collectives axées sur la couverture des frais hospitaliers et médicaux :

> Inspirées par le succès de la société montréalaise, la plupart de ces compagnies redéfinissent leurs manières de faire au cours de la guerre, faisant du contrat collectif la pierre angulaire de leur recrutement. Entre 1942 et 1952, les sommes déboursées par les Québécois aux compagnies d'assurances pour couvrir les frais de maladie sont multipliées par dix [...]. On parle donc ici d'un commerce en pleine effervescence auquel s'adonnent un nombre grandissant de sociétés commerciales : de 86 compagnies en 1940 à 121 en 1950 [...]. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 306)

---

[221] « Avant même d'avoir obtenu son permis du surintendant des assurances, elle rejoignait déjà 71 groupes d'employés comptant 5000 souscripteurs. Plusieurs hôpitaux qui n'appréciaient pas la clause d'exclusivité des contrats d'affiliation se joignirent tout de même au mouvement devant la perspective d'un accroissement de leurs clientèles payantes. [...] Le nombre de participants [...] connut une progression [...] spectaculaire : 18 000 en 1943, 142 000 en 1946, puis près de 650 000 en 1952. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 304)

Selon Petitclerc et Rousseau : « Toute cette dynamique a fortement contribué au développement d'une médecine hospitalière curative extrêmement coûteuse. » (2005, p. 41) Durant les années 1930 et 1940 se produit donc une convergence d'intérêts entre ceux de la classe capitaliste, des établissements hospitaliers et de la profession médicale qui favorisera le virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins. En effet, pour toutes ces actrices et acteurs, la survie financière des hôpitaux – et de la médecine hospitalière –, de même que « la mise en échec des projets d'étatisation passe[nt] [...] par la croissance de la demande pour les soins de santé. » (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 37)

C'est aussi dans ce contexte que doit être compris le virage amorcé à la même époque dans les interventions étatiques en matière de santé, qui passent d'interventions centrées sur la santé publique à des interventions de plus en plus importantes dans le domaine des soins curatifs et hospitaliers. À cet égard, le Programme des subventions nationales à la santé, créé en 1948 par le gouvernement fédéral et destiné principalement à la construction d'hôpitaux, constitue pour plusieurs auteurs une étape majeure de ce virage qui contribuera à structurer le système de soins jusqu'à aujourd'hui (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 16 ; Desrosiers et Gaumer, 2004a, p. 10). Or, cette initiative gouvernementale s'inscrit dans une dynamique plus large à laquelle participent depuis plusieurs décennies déjà les mutations profondes survenues d'une part dans la mission hospitalière, et d'autre part dans le domaine des assurances privées, avec pour résultat

> [qu'au] tournant des années 1950, toutes les conditions paraissent réunies pour que s'installe une économie médico-hospitalière reposant à la fois sur l'expansion du marché des soins et sur le développement des assurances privées. De fait, un redéploiement massif de l'offre de services par la construction d'établissements partout dans la province permet de soutenir une forte croissance de la consommation de soins : dans les hôpitaux généraux publics, elle double en quinze ans seulement, passant de moins de trois millions de journées d'hospitalisation en 1945 à près de six en 1960. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 309)

Ainsi, au moment où se termine la première moitié du XXe siècle le système de santé québécois, désormais centré sur l'hôpital et sur la médecine curative coûteuse qui s'y pratique, est aussi en bonne partie fondé sur le développement d'une offre d'assurances maladie privées qui promet d'élargir l'accès aux soins et d'assurer la survie financière des établissements hospitaliers. Or, l'analyse de classe de ces développements a permis de montrer le rôle crucial joué par la classe capitaliste dans cette structuration du système de soins québécois durant la première moitié du XIXe siècle : « Avant les réformes des années 1960, les logiques assurantielles privées, avec leur cortège d'hommes d'affaires de haut vol, ont donc joué d'un poids prépondérant dans l'évolution du régime sociosanitaire québécois. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 329)

Ces tendances seront toutefois remises en question durant les années 1950 et 1960 avec l'échec des assurances maladie privées et le renouvellement des débats et luttes sociales sur les enjeux liés à la santé, qui mèneront à une succession d'interventions étatiques majeures dans ce domaine : d'une part, la création de l'assurance-hospitalisation en 1961 et de l'assurance-maladie en 1970 signifient l'étatisation de pans entiers du secteur des assurances ; et d'autre part, la Réforme des Affaires sociales de 1971 est l'occasion de confronter les problèmes engendrés par la persistance – voire même par l'approfondissement – du caractère hospitalo-centrique et curatif du système de santé.

Avant de présenter, dans le prochain chapitre, les débats des années 1960 (et surtout les points de vue de classe qui s'y expriment), il convient de revenir brièvement sur les circonstances de l'échec des assurances privées, qui représentent un des éléments déclencheurs de ce renouvellement des débats québécois sur le rôle de l'État dans le domaine de la santé[222].

---

[222] L'autre élément déclencheur important est certainement le retour à l'ordre du jour fédéral de ces questions à partir de 1955 et l'adoption par le gouvernement fédéral de la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957. S'il déborderait du cadre de ma démarche de présenter ici l'analyse de ces développements, je réfère de nouveau à l'analyse de Swartz (1977), qui

3.3.3 L'échec des assurances maladie privées

Au tournant des années 1950, la croissance fulgurante du nouveau modèle des assurances collectives privées couvrant l'accès aux soins médicaux et hospitaliers laisse penser que la formule est susceptible de constituer une alternative viable à l'assurance hospitalisation étatique. Les intérêts du patronat, de l'industrie des assurances, des établissements hospitaliers et de la profession médicale sont coalisés autour de ce qui apparaît comme une solution susceptible d'éloigner le spectre de l'étatisation. Or, cette expérience montrera rapidement ses limites et, dès la fin des années 1950, se conclura sur un échec.

Cet échec s'exprime sur deux plans qui démontrent l'incapacité de l'industrie des assurances privées à remplir sa double promesse, soit celle de repousser la menace de l'assurance hospitalisation étatique en permettant : 1) de répondre aux revendications populaires en matière d'assurances sociales par un élargissement significatif de l'accès aux soins hospitaliers et 2) de résoudre du même coup les problèmes de financement chroniques des hôpitaux. En effet, si le modèle de la Croix Bleue développé durant les années 1930 et 1940 et repris ensuite par les compagnies d'assurance commerciales connaîtra une croissance impressionnante, il ne permettra pas pour autant de résoudre de manière satisfaisante les problèmes d'accès à l'hôpital :

> En une vingtaine d'années, le commerce de l'assurance maladie a engendré la formation d'un marché imposant. La croissance particulièrement vive de ce marché gomme cependant la réalité d'un accès aux soins de santé à la fois limité par une hausse généralisée des tarifs de l'assurance et tendant très nettement à se moduler en fonction de la capacité de payer des clientèles. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 315)

---

montre comment les initiatives fédérales en matière de santé doivent elles aussi être comprises dans une perspective de classe.

Cette hausse des tarifs et l'incapacité de l'industrie des assurances à répondre à la demande croissante pour l'accès aux soins sont étroitement liées aux problèmes financiers des hôpitaux lesquels, plutôt que de se résorber, continueront de s'approfondir durant cette période : « Pour assurer la pérennité de ce système, il faut toutefois maintenir à un niveau accessible au plus grand nombre les tarifs de l'assurance maladie privée, dans un contexte où les coûts de la médecine hospitalière, eux, connaissent une véritable flambée. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 309) L'explosion des coûts de la médecine pratiquée dans les établissements hospitaliers deviendra rapidement un problème auquel les assurances privées ne pourront répondre de manière efficace :

> Durant la décennie 1950, l'optimisme des partisans de l'assurance privée est mis à rude épreuve lorsqu'il devient de plus en plus évident qu'elle n'est pas en mesure de garantir à l'hôpital des revenus suffisamment élevés. En raison d'une hausse considérable des dépenses liées pour une bonne part à la rémunération du personnel, les déficits des hôpitaux généraux publics deviennent un problème généralisé, récurrent, tout à fait hors de contrôle. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 318)

Face à ces problèmes apparemment insolubles dans le cadre du régime libéral d'assurance, l'assurance-hospitalisation étatique se présentera comme une avenue de plus en plus incontournable. Ainsi, la persistance des problèmes financiers des hôpitaux et l'échec des assurances privées ont « finalement balayé les réticences antérieures de beaucoup d'acteurs dans le monde hospitalier face à l'intervention étatique. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 295)[223] Même au sein de la classe capitaliste, on constate dès le début des années 1950 l'ampleur du problème et on voit se profiler une menace encore pire que l'assurance-hospitalisation publique, à savoir la nationalisation complète du système hospitalier :

---

[223] Ceci est d'autant plus vrai que la coalition formée autour de la Croix Bleue est de plus en plus mise à mal par le mécontentement des acteurs et actrices du monde médical et hospitalier à l'égard de cette dernière. Sur ces mésententes qui concernent principalement la tarification des actes médicaux et l'autonomie des établissements hospitaliers, voir Guérard et Rousseau (2006, p. 315-317).

> plusieurs craignent que la faillite financière du système en place mène à son élimination pure et simple. D'éminents représentants de la bourgeoisie financière et industrielle anglophone de Montréal l'expriment clairement en 1952 : 'The ever-growing deficits of general hospitals in Quebec constitute a menace to their survival as private institutions.' (Guérard et Rousseau, 2006, p. 319)[224]

Du côté de la classe des travailleurs et des travailleuses, l'incapacité des assurances privées à rendre accessible les soins hospitaliers pour la majorité de la population contribuera également à créer un « mécontentement au sein de la population » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 329) – autant à l'égard du régime hospitalier que des assurances privées – et à stimuler les revendications populaires en faveur de l'assurance-maladie étatique[225]. Ainsi, Guérard et Rousseau parlent d'une « contestation populaire de l'hôpital » qui se développe durant les années 1950 :

> Le problème de l'accès aux soins demeurant entier et les efforts de redressement financier se traduisant par des contrôles plus serrés aux guichets de l'hôpital, les perceptions populaires à l'égard du régime hospitalier en place se ternissent à l'approche des années 1960 et viennent accentuer les pressions pour l'adoption de réformes majeures. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 326)

Cette critique du régime hospitalier s'accompagnera également d'une remise en question du régime assurantiel privé qui contribuera elle aussi, à terme, à l'adoption de l'assurance-hospitalisation :

> La critique féroce des mouvements sociaux, qui s'en prennent autant de manque de pouvoir des usagers, à la mauvaise protection contre les risques et à la faible proportion de la population couverte, acheva de discréditer ce modèle. Il sera

---

[224] Les auteurs citent ici un mémoire soumis par la City Improvement League de Montréal à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, mémoire qui semble représentatif du point de vue d'une partie importante de la classe capitaliste québécoise puisqu'en sont signataires « des représentants de Sun Life Insurance Co., Canadian Pacific Railway Co., Bank of Montreal, The Shawinigan Water and Power Co., John Millen & Son Ltd., Trust général du Canada, Royal Bank of Canada, Banque d'épargne. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 19)

[225] Le symptôme le plus évident de ce mécontentement populaire se trouve dans le fait qu'à partir de la fin des années 1950, les grandes centrales syndicales québécoises feront front commun pour réclamer l'assurance-maladie. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur le point de vue de classe qui s'exprime dans ces revendications.

> remplacé, sans grande opposition d'ailleurs, par une assurance hospitalisation publique et universelle en 1961. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 42-43)

3.4 Conclusion

Ce chapitre a été l'occasion de voir comment évoluent les points de vue de classe sur la santé durant la première moitié du XXe siècle. D'une part, on a pu constater qu'il se produit une transition importante dans les préoccupations des travailleuses et des travailleurs, qui passent de préoccupations centrées sur le remplacement du revenu en cas de maladie à un intérêt croissant pour l'accès aux soins médicaux et hospitaliers, intérêt stimulé notamment par les transformations dans la vocation de l'hôpital et par les attraits de la médecine scientifique que font miroiter les stratégies hospitalières de clientélisation des malades. Néanmoins, la protection du revenu en cas de maladie reste une priorité des travailleuses et des travailleurs au moins jusqu'au début des années 1930, au moment des travaux de la Commission des assurances sociales du Québec.

Ces travaux apparaissent d'ailleurs comme un moment charnière de la transition dans la définition du risque de la maladie qui s'opère durant cette période et qui mènera dans les années subséquentes à l'évacuation complète de cette préoccupation ouvrière pour la protection du revenu en cas de maladie, au profit de considérations pour le remboursement des frais médicaux et hospitaliers. L'analyse de Petitclerc (2012) révèle également que cette transition correspond en bonne partie aux intérêts des principaux acteurs et actrices du système de soins. Mais plus intéressant encore, elle souligne que cette transition correspond de plus aux exigences du marché du travail et aux contraintes (non seulement techniques mais aussi politiques) imposées par la logique assurantielle bourgeoise, les commissaires se faisant ici le relai du point de vue de la classe capitaliste en matière de politiques et d'assurances sociales.

Le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs est aussi marqué, durant cette période, par une certaine évolution dans sa conception du rôle social et sanitaire de l'État. Nous avons vu avec le modèle des sociétés ouvrières de secours mutuels qu'au XIX siècle la classe ouvrière naissante privilégie des modes d'organisation démocratiques, autonomes et basés sur la solidarité de classe pour répondre aux nouveaux problèmes engendrés par le développement industriel capitaliste. Certains témoignages devant la Commission Montpetit montrent que le mouvement syndical est au début des années 1930 encore à la recherche de solutions qui permettent de préserver une certaine autonomie face à l'État[226]. Néanmoins, la méfiance historique du mouvement syndical à l'égard de l'État ne l'empêche pas de commencer à revendiquer, à partir de la fin de la Première guerre mondiale, son intervention dans le domaine socio-sanitaire, notamment sous la forme d'une assurance-maladie. Si, en raison de cette méfiance, la CTCC tardera de son côté à mettre de l'avant une telle demande, elle fait pression dès cette époque, de concert avec les syndicats internationaux, pour la mise sur pied de programmes fédéraux d'assurance-chômage et de pensions de vieillesse.

Inspiré par l'exemple ontarien, c'est aussi vers l'État que se tournera le mouvement syndical québécois pour revendiquer la mise sur pied d'une assurance étatique obligatoire (financée par les employeurs et les employeuses) pour l'indemnisation des travailleuses et des travailleurs en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles. Cette première victoire ouvrière en matière d'assurances sociales, en plus d'ébranler le régime libéral d'assurances privées qui prédominait jusqu'alors presque sans partage (Rousseau, 2004), contribuera certainement au fait qu'au cours des décennies suivantes, les revendications sociales et sanitaires du mouvement

[226] Rappelons que des syndicalistes proposeront par exemple de miser sur un rôle accru des caisses d'indemnisation syndicales en matière d'assurance-maladie.

syndical québécois seront de plus en plus orientées vers l'État, qui sera éventuellement perçu comme l'interlocuteur privilégié dans ce domaine.

La lutte pour la santé et sécurité au travail des années 1920 – et notamment les témoignages de certains représentants ouvriers devant la Commission d'enquête sur la réparation des accidents du travail instaurée à l'époque – préfigure également le point de vue à partir duquel seront portées les revendications socio-sanitaires ultérieures, à savoir celui d'un *droit* à la sécurité sociale et à la santé, par opposition à la charité ou au secours aux personnes indigentes. Et si, comme nous le verrons au chapitre suivant, le mouvement syndical québécois n'ira pas aussi loin dans le domaine de la santé que le mouvement ouvrier canadien, dont une partie réclame dès les années 1930 l'étatisation complète de la médecine et la nationalisation des hôpitaux, nous pourrons constater qu'il développera une conception globale et sociale de la santé qui, par son insistance sur la prévention des maladies, fera écho aux luttes du XIXe siècle pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Alors qu'on observe une ouverture grandissante du mouvement syndical québécois à l'égard de l'intervention de l'État dans le domaine des assurances sociales durant la première moitié du XXe siècle, le point de vue de la classe capitaliste est pour sa part caractérisé, durant toute la période, par une volonté d'éviter une telle intervention étatique et par une préférence marquée pour le développement et la consolidation d'un régime libéral d'assurances privées. La classe capitaliste est d'ailleurs une des principales instigatrices (en collaboration avec les établissements hospitaliers) d'un tel régime dans le domaine de la santé. Si les motivations des compagnies d'assurance commerciales sont à cet égard évidentes (elles souhaitent voir se constituer un marché de l'assurance-maladie pour pouvoir en tirer profit), celles des grands industriels – qui développent et/ou financent des formes d'assurances innovatrices pour leur main-d'œuvre dès le début du XXe siècle – sont particulièrement révélatrices du point de vue de la classe capitaliste sur la santé.

En effet, on a pu observer que ce point de vue est largement subordonné à des considérations liées à la reproduction d'une main-d'œuvre de qualité ainsi qu'à des impératifs concernant la productivité et la compétitivité des entreprises. D'ailleurs, la parenté entre ces motivations et celles qui s'expriment au XIXe siècle est frappante : on retrouve ici les principales motivations derrières les résistances patronales aux premières revendications ouvrières en matière de règlementation des conditions de travail, de même que celles qui ont guidé les premières initiatives et pressions capitalistes en faveur de la santé publique.

Ainsi, à l'instar de la « bourgeoisie éclairée » du XIXe siècle qui initie ou fait pression en faveur de mesures de santé publique pour assurer la reproduction de la main-d'œuvre ou pour contrer certaines maladies affectant la productivité des travailleurs et des travailleuses, des industriels du début du XXe siècle développent leurs propres caisses d'assurance ou financent des assurances collectives pour des raisons semblables. Les inquiétudes des capitalistes de la Colombie-Britannique durant les années 1930, qui craignent les effets d'une éventuelle assurance-maladie étatique provinciale sur la compétitivité de leurs entreprises, font aussi écho à celles des manufacturiers ontariens du XIXe en cas de réglementation des conditions de travail.

Le point de vue de la classe capitaliste n'est toutefois pas uniquement dicté par ses intérêts économiques, même si le coût d'une éventuelle assurance-maladie étatique compte pour beaucoup dans les résistances bourgeoises à cette mesure, et même si on a pu voir que le caractère non obligatoire de la cotisation patronale dans le plan proposé par la Croix Bleue a certainement contribué à l'adhésion massive des grands industriels à ce modèle. En effet, des considérations d'ordre « politique », liées notamment à la gestion des relations de travail et, plus spécifiquement, au pouvoir patronal au sein de l'entreprise, apparaissent également comme importantes : du point de vue des capitalistes, les assurances privées, et encore plus celles qui sont attachées aux entreprises, ont des avantages considérables par rapport aux assurances étatiques en ce

qui concerne la capacité des employeurs à discipliner leur main-d'œuvre et à freiner l'émergence d'un militantisme ouvrier efficace.

Ainsi, on a pu observer que les premiers industriels à développer des caisses d'assurance pour leurs travailleuses et travailleurs au début du XXe siècle l'ont fait dans l'optique de contrer des tentatives de syndicalisation et de renforcer leur propre autorité au sein de l'entreprise. Et bien que la Croix Bleue émerge dans un contexte où ces pratiques typiques du « paternalisme industriel » (Petitclerc, 2005 ; 2007) sont de moins en moins prédominantes, ce nouveau modèle d'assurance collective permettra d'apaiser plusieurs des nombreux conflits de travail des années 1940 et 1950 et ce, à peu de frais (Petitclerc et Rousseau, 2005). Plus largement, le modèle des assurances privées confère à la classe capitaliste un contrôle important sur les modalités du financement de l'accès aux soins et sur la gestion des sociétés d'assurance, même dans le cas de certaines des plus importantes sociétés sans but lucratif. Ceci est particulièrement évident dans le cas de la Croix Bleue, dont l'organisation anti-démocratique ne permet pas une réelle représentation des travailleuses et travailleurs assurés, mais sur les instances de laquelle la présence du patronat pèse lourdement (Guérard et Rousseau, 2006).

Les efforts de la classe capitaliste en vue de développer une offre d'assurances privées accessible au plus grand nombre a donc une dimension profondément politique. C'est d'ailleurs afin d'être en mesure « de définir la politique sociale selon des termes définis par les assureurs et les entreprises » (Petitclerc, 2005, p. 6) que ces derniers collaboreront entre eux (ainsi qu'avec les établissements hospitaliers) pour aboutir, au début des années 1940, à une alternative privée potentiellement viable aux assurances sociales étatiques et obligatoire. De plus, une analyse de classe de ces développements permet de montrer que par ces pratiques et innovations, la classe capitaliste a joué un rôle crucial dans la structuration du système de soins québécois durant la première moitié du XXe siècle.

Ainsi, on a vu que la conception bourgeoise des assurances – basé sur la rentabilité et la gestion actuarielle du risque (et notamment du risque de fraude) – parviendra à s'imposer contre le modèle des sociétés ouvrières de secours mutuels, plutôt basé sur la solidarité ouvrière et la gestion démocratique de l'organisation (et, plus indirectement, du risque de fraude). Par la suite, elle contribuera aussi à structurer de manière décisive les débats des années 1930 sur les assurances sociales, dont les formes envisagées seront limitées par l'impératif de limiter les fraudes potentielles, principe actuariel derrière lequel se profilent en fait les exigences du marché du travail (et donc du patronat). De plus, on a pu constater que les pratiques et innovations de la classe capitaliste dans le domaine des assurances ont également joué un rôle majeur dans le virage hospitalo-centrique du système de soins québécois qui s'amorce à partir des années 1940.

Toutefois, bien que la classe capitaliste joue un rôle « prépondérant » dans l'évolution du système de santé durant la première moitié du XXe siècle, il ne faut pas non plus négliger le rôle, au moins indirect, joué par la classe des travailleuses et des travailleurs dans cette évolution. Si son intérêt croissant pour l'accès aux soins médicaux et hospitaliers apparaît comme étant à la remorque des stratégies capitalistes du XIXe siècle pour favoriser le développement d'une médecine scientifique, professionnelle et hospitalière, il n'en demeure pas moins que, inversement, c'est le militantisme ouvrier en faveur des assurances sociales étatiques qui stimulera chez les compagnies d'assurances et les grands industriels la recherche de solutions privées au problème de l'accès aux soins, qui contribueront à leur tour au virage hospitalo-centrique du système.

Fait intéressant, malgré ce rôle indirect des revendications ouvrières en faveur des assurances sociales dans la constitution d'un système socio-sanitaire centré sur les services hospitaliers, nous verrons au chapitre suivant que ces tendances seront dénoncées dès la fin des années 1950 par le mouvement syndical. À cet égard, l'analyse

du point de vue de la classe des travailleurs et des travailleuses développé durant les années 1960 permettra de nuancer une des conclusions auxquelles parviennent Petitclerc et Rousseau concernant le remplacement du régime assuranciel privé par un régime étatique d'assurance maladie. Selon eux,

> ce changement de régime assurantiel n'a pas mis fin aux tendances lourdes amorcées bien des années auparavant. Parmi celles-ci, notons le renforcement de l'approche curative de la médecine hospitalière aux dépens d'approches plus préventives, et surtout moins dispendieuses, de la médecine. À cet égard, l'adoption d'une assurance publique universelle couvrant les frais médicaux, en 1971 [*sic*], a été une occasion manquée pour revoir cette tendance lourde. (Petitclerc et Rousseau, 2005, p. 42-43)

S'il est vrai que les tendances hospitalo-centriques et curatives du système de soins québécois seront à terme renforcées par l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, l'analyse présentée au prochain chapitre permettra de montrer que cela ne se fera pas sans résistance : au contraire, ces tendances seront l'objet d'une lutte politique. En effet, durant les années 1960 se développera dans les milieux syndicaux et populaires un point de vue alternatif en matière de santé qui parviendra, pendant un temps, à s'imposer. Avec pour résultat qu'à l'aube des années 1970, d'autres avenues semblaient possibles, axées sur la prévention, sur les causes sociales de la maladie, sur l'action communautaire et sur la démocratisation du système de soins.

Autrement dit, les tendances hospitalo-centriques et curatives du système de soins – développées durant la première moitié du XXe siècle en bonne partie sous l'influence de la classe capitaliste – seront durant près de deux décennies (années 1960 et 1970) l'objet d'une contestation vigoureuse en provenance de la classe des travailleuses et des travailleurs, contestation qui se manifestera notamment dans les luttes entourant le modèle des CLSC. En effet, l'adoption de l'assurance-maladie en 1970 sera immédiatement suivie d'une grande Réforme des Affaires sociales dans laquelle parviendra à s'incarner – au moins partiellement et principalement sous la forme

particulière du modèle des CLSC – le point de vue en matière de santé développé dans les milieux populaire et syndicaux québécois durant la décennie précédente.

CHAPITRE 4

POINTS DE VUE DE CLASSE SUR L'ASSURANCE MALADIE ET L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS DURANT LES ANNÉES 1960 : VERS LA RÉFORME DES AFFAIRES SOCIALES

Si le chapitre précédent a permis de voir comment évoluent les points de vue de classe en matière d'assurance maladie durant la première moitié du XXe siècle, il a aussi permis de constater le rôle joué par les rapports entre les classes capitaliste et laborieuse dans la construction et l'organisation du système de santé québécois tel qu'il se présente à la fin des années 1950. Notamment, on a pu voir de quelle manière les revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs en faveur des assurances sociales stimuleront le développement par la classe capitaliste d'alternatives privées à l'étatisation de l'assurance-maladie. Ce développement d'une offre assurantielle privée potentiellement viable contribuera à son tour à définir le cadre – dominé par l'hospitalo-centrisme et par les assurances privées – dans lequel se dérouleront, au cours des années 1960, les luttes sociales qui mèneront éventuellement à la Réforme des Affaires sociales.

C'est aux points de vue de classe tels qu'ils s'expriment durant cette décennie que sera consacré le présent chapitre. Cette présentation reposera principalement sur l'analyse de sources de première main, et notamment (mais non exclusivement) sur les mémoires soumis par le mouvement syndical et par les associations représentant le milieu des affaires durant les travaux de la CESBES. Cette partie sera donc l'occasion de présenter certains résultats originaux issus de la recherche documentaire effectuée. Ces résultats contribuent à mettre en lumière certains aspects méconnus de l'histoire du système socio-sanitaire québécois : alors que les revendications syndicales en faveur d'une assurance-maladie sont bien connues, il est généralement ignoré que le mouvement

syndical québécois a *aussi* développé des prises de position et un point de vue clair quant à l'*organisation* du système de santé. Il s'agit là d'un point aveugle autant de la littérature sur l'histoire du système socio-sanitaire et des CLSC que de la littérature sur l'histoire du mouvement syndical québécois.

Or, cette donnée est essentielle pour combler les lacunes des analyses qui voient dans l'idéologie des réformateurs et des réformatrices « éclairées » de la CESBES et du MAS le principal facteur expliquant l'émergence d'un modèle comme celui des CLSC, mais qui font l'impasse sur les sources d'inspiration ou sur les origines sociales de cette idéologie. Elle permet également de contester l'interprétation des auteurs qui voient plutôt dans l'émergence de ce modèle le résultat de rapports de force entre élites dominantes (traditionnelles vs technocratiques) en même temps qu'une simple réponse fonctionnelle et/ou technocratique aux problèmes sociaux engendrés par le capitalisme monopolistique. Au contraire de ces analyses qui tendent à voir le modèle des CSLC comme une initiative strictement bureaucratique et/ou gouvernementale ou comme le résultat quasi-automatique des exigences du capitalisme, l'analyse présentée ici permet de constater que ce modèle correspond clairement au point de vue et aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs. En cela, elle laisse entrevoir qu'*à l'origine du modèle des CLSC – et de l'idéologie des réformateurs – se trouvent des sources d'inspiration populaires*.

Cette hypothèse se trouve renforcée par le fait que cette idéologie est, sous plusieurs aspects importants, très loin du point de vue défendu par la classe capitaliste durant les années 1960. Alors que la classe des travailleuses et des travailleurs attribue à l'État un rôle socio-sanitaire important et défend une conception globale et sociale de la santé qui, au-delà des revendications en faveur de l'assurance-maladie, met l'accent sur la prévention des maladies et sur le développement d'un réseau de polycliniques de première ligne, la classe capitaliste défend une conception résiduelle du rôle de l'État dans le domaine de la santé qui se limite à assister les personnes indigentes, tout en

assurant des conditions propices au développement des équipements et du réseau hospitaliers ainsi que de la recherche médicale de pointe. Or, nous verrons dans la seconde partie de la thèse (chapitres 5 et 6) que la perspective mise de l'avant dans les travaux de la CESBES et dans la loi qui formalisera finalement le modèle initial des CLSC est sur toutes ces questions beaucoup plus proche du point de vue des travailleuses et travailleurs que de celui du milieu des affaires.[227]

Ce chapitre s'intéressera donc particulièrement aux points de vue de classe sur l'assurance-maladie et sur l'organisation du système de soins. Et contrairement au chapitre précédent, dans lequel les points de vue de classe sont présentés en filigrane d'un exposé historique[228], celui-ci place ces points de vue de classe au premier plan. La première section (4.1) exposera le point de vue de la classe capitaliste tel qu'il s'exprime devant la CESBES, l'essentiel des sources disponibles étant les mémoires soumis par divers groupes représentants le milieu des affaires devant cette Commission. Suivra (section 4.2) une présentation du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs organisés dans le mouvement syndical. Enfin, la dernière section (4.3) sera consacrée au mouvement populaire, et plus particulièrement au mouvement des cliniques populaires dans lequel se manifeste la version la plus radicale du point de vue des travailleuses et des travailleurs à cette époque. En effet, nous pourrons constater qu'au sein du modèle alternatif des cliniques populaires se développe une critique de la médecine libérale qui ira beaucoup plus loin que celle élaborée par le mouvement syndical durant les années 1960.

---

[227] Après avoir montré que le modèle des CLSC correspond au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, il s'agira également de montrer, dans ces mêmes chapitres, que la classe des travailleuses et des travailleurs bénéficiait à cette époque d'un rapport de force suffisamment favorable pour imposer son point de vue.

[228] Ce choix de présentation est apparu nécessaire pour montrer le rôle du développement des assurances privées (et donc de la classe capitaliste) et, plus indirectement, des revendications en matière d'assurances sociales (et donc de la classe des travailleuses et des travailleurs) dans le virage hospitalo-centrique et curatif du système de soins québécois. Autrement dit, la forme plus « historique » de la présentation était essentielle pour montrer les dynamiques de classes cachées derrière ce virage considéré comme déterminant dans l'histoire du système socio-sanitaire.

4.1 Point de vue de la classe capitaliste : la bourgeoisie devant la CESBES

Suite à l'adoption de l'assurance-hospitalisation en 1961[229], les débats en matière de santé se cristalliseront autour de l'enjeu de l'assurance-maladie, qui revient d'autant plus à l'ordre du jour que le gouvernement fédéral a adopté en 1965 un programme d'assurance-maladie à frais partagés[230]. Ces débats, qui seront en bonne partie canalisés dans les travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, amèneront divers groupes représentant le milieu des affaires québécois et canadien à exposer sur la place publique leur point de vue non seulement en matière d'assurance-maladie, mais aussi plus largement en ce qui concerne l'organisation du système de soins et le rôle de l'État dans le domaine de la santé[231].

---

[229] La recherche documentaire effectuée n'a pas permis de trouver de prises de position exprimées par la classe capitaliste à l'égard de l'assurance-hospitalisation avant son adoption, ce qui ne signifie pas, évidemment, qu'il n'y en a pas eu. Néanmoins, l'analyse de Petitclerc et Rousseau, selon lesquels l'adoption de l'assurance-hospitalisation s'est faite « sans grande opposition » (2005, p. 42-43), peut laisser croire que la classe capitaliste ne s'est pas opposée à une mesure qui semblait désormais inévitable. Lesemann parle d'ailleurs d'une grande unanimité autour de ce programme, sauf de la part du gouvernement du Québec qui refuse d'abord cet empiètement du gouvernement fédéral dans un domaine de compétence provinciale : « Malgré le fait que cette initiative empiète sur un domaine de juridiction provinciale, les Provinces, dans l'ensemble, accueillent favorablement cette contribution fédérale qui les soulage partiellement d'un lourd fardeau financier. Il faut encore mentionner l'appui accordé par les principaux groupes d'intérêts, dont la puissante 'Association médicale canadienne'. La première intervention législative importante du gouvernement central dans la santé jouit donc d'un appui unanime, mise à part la résistance du gouvernement québécois. » (Lesemann, 1981, p. 53) Le mémoire soumis à la CESBES par l'Association des manufacturiers canadiens (AMC, 1967) exprime toutefois une critique féroce de ce programme qui démontre pour le moins certaines réserves d'une partie la classe capitaliste à son égard.

[230] Cette initiative du gouvernement fédéral sera d'ailleurs fortement décriée par Roland Dugré, président de la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ) de l'époque, dans les pages du journal officiel de l'organisation. Voir « Universal Medicare is illogical economically and constitutionally », *Faits et tendances*, vol. XIX, no 7, mars 1968 et « Commentaire sur le budget fédéral », *Faits et tendances*, vol. XX, no 11, novembre 1968, dans lequel Dugré dénonce la hausse de taxes engendré par cette mesure. Précisons également que l'analyse de Swartz (1977) montre clairement que cette initiative fédérale, généralement considérée, et avec raison, comme un élément déclencheur important des réformes québécoises, peut *elle aussi* être analysée en termes de classes sociales, au même titre que la plupart des facteurs intervenants dans la littérature sur l'histoire des CLSC.

[231] Cette section présente pour l'essentiel une analyse des mémoires soumis à la CESBES par les quatre groupes suivants : la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ), l'Association des

4.1.1 Opposition à l'assurance-maladie étatique obligatoire et universelle ; pour le maintien du régime résiduel d'assistance

Ce point de vue est d'abord caractérisé par une opposition unanime à une éventuelle assurance-maladie étatique, obligatoire et universelle, c'est-à-dire couvrant l'accès aux soins médicaux et hospitaliers pour l'ensemble de la population. En conformité avec les grands principes bourgeois en matière de politiques sociales (voir *supra*, chapitre 1), le milieu des affaires québécois se portera plutôt à la défense d'un programme *résiduel* d'assistance subventionnant l'accès aux soins pour les plus démunis. Autrement dit, il privilégiera le *statu quo* ou, à la limite, certains aménagements pour favoriser l'élargissement de la couverture offerte par les assurances privées.

Ainsi, dans son mémoire soumis à la CESBES, la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ) affirme d'entrée de jeu qu'elle « ne recommande pas l'application d'un régime universel et obligatoire d'assurance-santé. » (CCPQ, 1967, p. 1) Elle recommande plutôt que l'État se limite aux interventions nécessaires « pour les personnes dans le besoin », ce qui correspond aux « mesures déjà prises par le gouvernement » (CCPQ, 1967, p. 3). De même, l'antenne québécoise de l'Association des manufacturiers canadiens (AMC) considère que l'instauration d'un régime d'assurance-maladie est inutile, notamment parce que les « nécessiteux » sont déjà pris en charge par l'État, qu'il existe un programme d'assurance-hospitalisation et qu'une large proportion de la population est déjà couverte par des plans privés et volontaires d'assurance-maladie (AMC, 1967, p. iv). Dans le cas où le gouvernement irait néanmoins de l'avant avec un régime d'assurance-maladie élargi, « ce devrait être à condition qu'il soit financé par un système de cotisations aux primes » (AMC, 1967,

---

manufacturiers canadiens (AMC), la Canadian Health Insurance Association (CHIA) et l'Association canadienne des fabricants en pharmacie (ACFP).

p. iv)[232]. La Canadian Health Insurance Association (CHIA) va aussi dans le même sens en affirmant :

> government tax funds should be directed toward providing financial assistance to those who are unable to finance their own protection against the costs of medical care rather that to the whole population, the majority of whom are able and willing to look after their own needs. (CHIA, 1967, p. 14)

Face à l'éventualité que l'assurance-maladie couvre le coût des médicaments, l'Association canadienne des fabricants en pharmacie (ACFP) défend une position semblable :

> Le coût des médicaments n'est généralement pas un facteur important dans le budget familial. Cependant ceux-ci doivent être traités tout comme les autres nécessités vitales dans le cas des économiquement faibles ou des situations de maladies catastrophiques qui deviennent un problème social. Nous croyons donc que l'État se doit d'aider ceux qui en ont besoin mais que les autres citoyens doivent être encouragés à se suffire à eux-mêmes. (ACFP, 1966, p. 4)

Fait intéressant, en contradiction apparent avec cette conception résiduelle du rôle social de l'État, autant la CCPQ que la CHIA se portent à la défense d'un « droit de tous aux soins médicaux » (CCPQ, 1967, p. 2). Ainsi, la CCPQ « *est d'avis dans cet optique qu'aucun citoyen québécois ne devrait être privé des soins médicaux à cause de son état de fortune ou de sa situation géographique* » (CCPQ, 1967, p. 2).[233] De même, pour la CHIA : « The provision of comprehensive medical care to every member of society as a right is an ultimate and praiseworthy objective which has long commanded the attention of people of Canada and of other nations of the world. »

---

[232] C'est d'ailleurs une des critiques adressées par l'AMC au régime d'assurance-hospitalisation, qu'on recommande de revoir pour qu'il soit désormais financé par des cotisations plutôt que par l'impôt sur le revenu (AMC, 1967, p. iii) : « il ne fait aucun doute que, du point de vue strictement fiscal, l'instauration d'un régime d'assurance-hospitalisation basé sur un système de cotisations aurait été une idée heureuse à maints égards. L'augmentation phénoménale du coût de ce service depuis son entrée en vigueur, ajoutée à la tranche des revenus provinciaux qu'il a absorbé, nous met sûrement en droit de nous demander si les intérêts à long terme de la province ont été servis au mieux lorsqu'il a été décidé de financer le régime d'assurance-hospitalisation à même le fonds des revenus consolidés. » (1967, p. 5)

[233] Souligné dans le texte.

(CHIA, 1967, p. 1) Or, nous verrons que pour la CCPQ, ce droit est toutefois limité par les « capacités financières » de la province. Quant à la CHIA, de son point de vue, ce droit ne doit pas être compris comme antinomique avec un accès aux soins qui dépendrait de la charité privée ou d'un test des besoins, ni non plus avec un régime résiduel d'assistance tel qu'il existe déjà au Québec :

> Another often repeated statement is that there should be only one prerequisite for medical care – the need for it. We are in complete agreement with this statement and believe that it accurately describes the situation in Canada today. We submit that needed medical treatment is available to everyone whether or not he has the means to pay for it himself. This care is provided by the medical profession through its free treatment of the needy, through the welfare agencies of the three levels of government and through private welfare organizations. The implication of the statement, however, is that there should be no means testing of anyone requiring medical care. Taking this argument to its logical conclusion, it would be equally, if not more valid to say that evidence of need of food, clothing and shelter should be sufficient for them to be provided by government. (CHIA, 1967, p. 11)

Dans le cas de la CCPQ, sa défense du régime résiduel d'assistance correspond à certains principes de base en matière de santé. Selon ces principes, qui concernent notamment le rôle social de l'État :

> La santé est un bien fondamental assurant la qualité de la vie et *il appartient tout d'abord à l'individu d'en assurer la protection et le maintien.* [...] La Chambre croit qu'aucun citoyen ne devrait être privé des soins médicaux essentiels faute d'argent pour se les procurer. Toutefois, *le rôle d'assistance de l'État devrait être orienté surtout vers les personnes manquant de ressources financières pour obtenir ces soins.* (CCPQ, 1971)[234]

Avant de développer davantage la conception du rôle de l'État en matière de santé que la classe capitaliste expose devant la CESBES, il convient de préciser que son opposition à l'égard de l'assurance-maladie étatique et universelle est également

[234] C'est moi qui souligne. Ces principes de base sont réitérés dans chacune des éditions de la publication annuelle.

motivée par des considérations plus prosaïques, qui témoignent d'abord de ses préoccupations pressantes à l'égard des coûts du programme.

À cet égard, les positions défendues par la CCPQ et l'AMC sont pratiquement identiques. Ainsi, bien que la CCPQ défende le « droit de tous aux soins médicaux », elle estime néanmoins que « la réalisation de ce projet doit tenir compte des capacités humaines et financières de la province. » (CCPQ, 1967, p. 2) Plus précisément, la CCPQ considère que les capacités financières limitées de la province l'obligent à concentrer ses dépenses sur d'autres secteurs jugés davantage prioritaires, principalement parce qu'ils sont *essentiels pour assurer la compétitivité économique du Québec* face aux concurrents nord-américains :

> Pour s'adapter aux exigences économiques du continent nord-américain, le Québec a besoin d'une population hautement éduquée, d'une forte industrialisation et de moyens de communications modernes. Les capitaux déjà investis dans ces domaines prioritaires ne sont pas encore suffisants, mais le fardeau fiscal que les québécois supportent actuellement est déjà très lourd et pour satisfaire aux besoins de ces secteurs prioritaires, il faut savoir sacrifier certaines mesures qui ne sont pas indispensables. (CCPQ, 1967, p. 2-3)

Dans cette même optique, l'AMC insiste sur l'importance d'établir un ordre de priorité dans le financement de nouvelles mesures ou dans l'extension de celles existantes, et ce d'autant plus que la compétitivité du Québec à l'égard de sa principale concurrente – l'Ontario – est plombée par son fardeau fiscal déjà trop lourd :

> L'Association recommande que toute extension des mesures sociales actuelles ou que l'instauration, par la province, de toute mesure sociale nouvelle corresponde à un ordre établi de priorités ; elle recommande également que l'on soupèse sérieusement leurs conséquences sur les programmes de dépenses à long terme du Québec. Le fardeau très lourd que les citoyens se voient appelés à porter font certes ressortir l'urgence de dresser un programme de dépenses publiques à long terme qui s'appuie sur un ordre de priorités bien défini ainsi que l'urgence de faire connaître ce programme à la population. (AMC, 1967, p. 3)

Comme la CCPQ, l'AMC juge que les services d'éducation doivent faire partie des dépenses sociales prioritaires de la province et ce, dans la perspective de favoriser la compétitivité du Québec par le développement d'une main-d'œuvre de qualité :

> Concernant les services sociaux existants, il faut voir sérieusement à ne pas trop dépenser pour certains au détriment de certains autres. [...] Les investissements dans ce service [l'éducation] rapportent des dividendes énormes sous forme d'une main-d'œuvre plus apte à apprendre et possédant un degré plus élevé de spécialisation, impératifs absolus pour le Québec industrialisé que nous connaissons aujourd'hui. [...] les objectifs sociaux qu'il serait souhaitable de fixer doivent être analysés comparativement à la lumière des besoins actuels et du coût des mesures projetées. (AMC, 1967, p. 2)

Outre les capacités financières limitées de la province, les deux associations évoquent également le sous-développement des services médicaux pour justifier leur opposition à l'adoption d'une assurance-maladie universelle. Selon la CCPQ, qui cite le Collège des médecins et « d'autres personnalités médicales canadiennes » à l'appui, les effectifs et les équipements médicaux seraient insuffisants pour fournir des services à l'ensemble de la population et devraient être développés davantage avant la mise en place d'une assurance-maladie permettant un accès universel aux soins. L'AMC défend une position semblable :

> Même si le régime gouvernemental universel d'assurance-maladie peut sembler être une mesure sociale souhaitable, l'Association recommande vivement qu'on ne s'y lance pas avant d'en avoir clairement établi la nécessité et la possibilité et ce, au moyen d'un ordre de priorités bien défini. Cette mesure ne devrait pas être adoptée avant que l'on soit bien certain de pouvoir offrir les services médicaux dans une mesure raisonnable à la population. (AMC, 1967, p. 6)

Les mêmes préoccupations sont également évoquées par la Canadian Health Insurance Association (CHIA) : « No adequate solution to the problem of providing universal, comprehensive medical care can be reached without [...] adequate facilities and personnel of all types to provide the needed care » (CHIA, 1967, p. 2).

Fait intéressant, ces conclusions de l'AMC se fondent en bonne partie sur une critique de l'expérience de l'assurance-hospitalisation en vigueur depuis quelques années. Selon l'AMC, qui admet par ailleurs qu'il « est difficile de prouver dans quelle mesure ces dires correspondent aux faits » (AMC, 1967, p. 4-5), les besoins médicaux ne sont pas satisfaits par l'assurance-hospitalisation, notamment parce que les services ne sont pas disponibles (elle évoque des pénuries d'infirmières et de longues listes d'attente) : « on a l'impression que les nécessiteux et les citoyens âgés, - ceux-là même qui, les premiers, devraient bénéficier du régime gouvernemental d'assurance, - sont ceux qui souffrent le plus de la grave pénurie d'espace dans les hôpitaux. » (AMC, 1967, p. 4-5) Sur la base de cette expérience, « [o]n est en droit de se demander si les installations et le personnel actuels répondent bien à la demande de l'heure » (AMC, 1967, p. iii).

Au-delà du fait qu'elles permettent aux groupes issus du milieu des affaires de plaider pour retarder l'adoption d'une mesure qu'ils rejettent, ces considérations sont intéressantes également parce qu'elles sont liées à des prises de positions de la classe capitaliste quant au type d'intervention que l'État devrait prioriser dans le domaine des soins de santé. En effet, si nous verrons dans la prochaine section que la classe capitaliste plaide généralement pour un rôle *supplétif* de l'État en matière de santé, ce sera aussi l'occasion de constater qu'elle souhaite néanmoins son intervention dans certains secteurs, et notamment dans ceux favorisant le développement d'une médecine spécialisée et de pointe. En filigrane de cette vision de l'État se profile donc un point de vue sur l'organisation du système de soins.

4.1.2 Rôle supplétif de l'État vs rôle prépondérant du secteur privé dans le domaine de la santé : point de vue sur l'organisation du système de soins

L'opposition de la classe capitaliste à l'assurance-maladie étatique universelle, si elle se justifie par les raisons pragmatiques évoquées plus haut, repose également sur une

conception particulière de ce que devrait être le rôle social de l'État. La CCPQ résume clairement ce point de vue, exprimé devant la CESBES de manière unanime par les différents groupes issus du milieu des affaires québécois et canadien. De la même manière qu'on insiste sur la nécessité de limiter les programmes sociaux à des programmes d'assistance résiduels, on considère que *le rôle social de l'État doit se limiter à un rôle supplétif par rapport à celui du secteur privé*, auquel on doit laisser toute la latitude possible : « l'intervention de l'État est justifiée dans un domaine lorsque l'entreprise privée ne peut suffire à la tâche. » (CCPQ, 1967) Ceci s'applique aussi au domaine de la santé, dans lequel l'État doit s'abstenir d'intervenir et laisser le champ libre au secteur privé, à moins que celui-ci soit incapable de répondre aux besoins.

Dans cette optique, pour l'AMC, il est crucial que *l'administration et la propriété des hôpitaux demeure privée*, sinon « cela pourrait coûter encore plus cher qu'à l'heure actuelle », en plus de poser une menace sur la qualité des soins. (AMC, 1967, p. 4) En ce qui concerne les établissements hospitaliers, le rôle du gouvernement doit donc se limiter à surveiller les budgets, à faire des inspections et à s'assurer que « les services essentiels minima » sont donnés (AMC, 1967, p. ii)[235]. Sans surprise, l'ACFP défend une position semblable à l'égard du secteur pharmaceutique. Citant à l'appui un chercheur prestigieux, l'ACFP s'oppose à l'étatisation de même qu'à une réglementation accrue de l'industrie pharmaceutique :

> 'Je ne vois pas comment les laboratoires de recherche de l'industrie pharmaceutique pourraient être avantageusement remplacés par des structures non industrielles. Ceux qui voudraient les abolir par la nationalisation pour des raisons idéologiques ou qui souhaiteraient restreindre leur liberté d'action devraient savoir que de telles mesures feraient apparaître un grave danger pour la santé, bien plus dangereux qu'une épidémie virulente. Pas d'industrie

[235] Dans les faits, une certaine « nationalisation » des hôpitaux est déjà en cours depuis l'adoption de la *Loi des hôpitaux* de 1962 qui, dans les suites de l'adoption de l'assurance-hospitalisation, place les hôpitaux sous le contrôle de l'État. Toutefois, cette loi tardera à être véritablement appliquée. Selon Renaud, « ce n'est qu'en 1969 [...] que les règlements qui devaient accompagner la loi pour définir l'organisation interne de l'hôpital furent édictées [sic]. » (1977a, p. 132)

> pharmaceutique – pas de nouveaux médicaments, telle serait la situation.' (E. B. Chain, Prix Nobel et codécouvreur de la pénicilline, cité dans ACFP, 1966, p. 17)

La CCPQ et la CHIA, qui s'intéressent plus directement au secteur des assurances, défendent elles aussi la nécessaire primauté de l'entreprise privée dans ce domaine. Si la CCPQ admet que l'industrie des assurances privées est moins efficace qu'un éventuel système public obligatoire pour couvrir rapidement l'ensemble de la population, elle estime que cette industrie peut y arriver avec la collaboration de l'État. Selon elle, la libre entreprise et la concurrence entre assureurs privés est davantage susceptible de permettre une couverture à meilleur prix (CCPQ, 1967, p. 7). De plus, à la participation obligatoire à un éventuel régime public, elle oppose la liberté individuelle de choisir son assurance-santé (privée) (CCPQ, 1967, p. 7). Enfin, référant de nouveau au Collège des médecins, elle soutient que la plupart des québécoises et des québécois peuvent se payer une assurance privée :

> nous croyons que la grande majorité de la population du Québec est actuellement en mesure de défrayer les dépenses médicales normales ou habituelles. Ce sont les dépenses inhabituelles, que très souvent la population ne peut défrayer. Même ici cependant, notre opinion doit être nuancée. Ces dépenses ne peuvent en général être défrayées à partir des revenus courants. Nous croyons cependant que la majorité de la population québécoise peut défrayer même ces dépenses considérables et inhabituelles si elle a effectué dans ce domaine une certaine prévision dont l'assurance est certes la forme la plus commode. (Collège des médecins, 1964, cité dans CCPQ, 1967, p. 5)[236]

Selon la CCPQ, l'intervention de l'État dans le secteur des assurances, plutôt que de prendre la forme coûteuse d'une assurance-maladie obligatoire et universelle qui n'est pas nécessaire, doit donc se limiter à soutenir le secteur des assurances privées :

---

[236] Au sujet des « dépenses inhabituelles », l'AMC y applique elle aussi le principe de l'assistance résiduelle et recommande « la création d'un fonds pour les soins médicaux majeurs lequel pourrait être administré par la Commission de l'assurance-hospitalisation du Québec ; ce fonds serait utilisé pour aider les nécessiteux qui se trouvent aux prises avec des frais médicaux exhorbitants. » (AMC, 1967, p. 7)

> En résumé, la Chambre croit que le gouvernement du Québec a un rôle important à jouer en matière de politique de santé. Mais elle ne croit pas que ce rôle consiste à fournir des soins médicaux gratuits à ceux qui peuvent se payer des primes d'assurance pour se protéger dans ce domaine et elle ne croit pas non plus que le Québec puisse se payer le luxe d'un système universel d'assurance-santé. (CCPQ, 1967, p. 7-8)

Bien qu'elle reprenne à son compte le langage de l'universalité d'accès en proposant un « universally available medical services insurance plan » (CHIA, 1967, p. 3), la CHIA, qui a un intérêt direct évident dans cet enjeu, soutient sur le fond une position très proche de celle de la CCPQ. À l'instar de celle-ci, elle plaide pour que l'État se limite à un rôle strictement supplétif dans le domaine de l'assurance-maladie :

> The Canadian Health Insurance Association firmly believes that the role of government in respect of the provision of medical services insurance, as in many other facets of society, should extend only to those areas where conditions are inappropriate to or beyond the scope of individual resourcefulness and private enterprise. (CHIA, 1967, p. 14)

Or, selon la CHIA, l'industrie privée de l'assurance-maladie est en mesure de répondre aux besoins de la population :

> In its own field, that of financing medical and other health services for Canadians, voluntary insurance is providing broad and comprehensive benefits which, in the overwhelming majority of cases, are relieving individuals and families of financial burdens resulting from ill health. (CHIA, 1967, p. 20)

De plus, contrairement à un éventuel monopole public en matière d'assurance-maladie, l'assurance privée permet « all the advantages and economies of open competition among all the carriers » de même que « the individual wide freedom of choice in the selection of his carrier » (CHIA, 1967, p. 17). Dans cette optique, le plan d'assurance-maladie « universelle » proposée par la CHIA reposerait pour l'essentiel sur l'offre actuelle d'assurances privées et volontaires, qui pourrait être étendue et complétée avec l'aide de l'État :

> We recognize and support the view that every Canadian, whether his income be large or small, should have available to him adequate protection against the cost of comprehensive medical services he may from time to time require. It is our belief that this protection can best be provided by voluntary organizations which, with the cooperation of governments and the medical profession, can extend their present arrangements so as to make available full coverage to those not now in a position to obtain it. (CHIA, 1967, p. 2)

Cette aide de l'État passerait par « the acceptance by government of whole or partial financial responsibility for payment of premiums for those financially unable to make provision for their own coverage » (CHIA, 1967, p. 3). Bien sûr, à cause du caractère volontaire du plan, essentiel pour préserver la liberté de choix individuelle, une minorité de personnes négligentes échapperait à cette couverture « universelle », ce qui ne peut néanmoins justifier une intervention démesurée de l'État dans le domaine des assurances :

> it is sometimes argued that this type of plan makes no provision to compel the negligent to secure coverage for themselves and their families. This contention cannot be denied. However, for the government to adopt a compulsory, tax-financed plan to accommodate this relatively small segment of the population would seem unrealistic. It would be equally unrealistic to expect that government should be responsible for providing food, lodging and clothing at public expense to the entire population because some might suffer through the negligence of individuals who could and ought to provide these necessities but do not. (CHIA, 1967, p. 19)

Fait intéressant, cette défense du secteur privé et d'un rôle strictement supplétif de l'État dans le domaine de la santé passe aussi par une *défense de la médecine libérale*, et donc de la liberté de pratique des médecins et de la liberté pour les patientes et les patients de choisir leur médecin. C'est le cas de l'ACFP, qui défend du même souffle l'autonomie professionnelle des pharmaciennes et des pharmaciens (AFCP, 1966, p. 4-5). C'est toutefois la CHIA qui est la plus explicite à ce sujet[237] :

---

[237] À la lumière de l'analyse présentée au chapitre précédent, on peut supposer que cette prise de position de la part de la CHIA correspond en partie au moins à une volonté de répondre au mécontentement

> Any plan or program of medical services insurance which involves or would permit any intrusion into the medical area by persons, organizations or government agencies outside the profession can only work to the detriment of the practice of medicine and ultimately cannot be in the best interests of the public. (CHIA, 1967, p. 8)

Or, selon elle, seule l'assurance privée permet d'éviter toute forme d'interférence dans la liberté professionnelle des médecins. Dans cette optique, elle plaide avec vigueur en faveur d'un régime d'assurance-maladie privé permettant de protéger la liberté et l'autonomie professionnelles des médecins :

> It is our belief that only through a concept such as this can the public be assured that medical judgements and medical judgements only will determine the nature, quality and frequency of the medical services rendered without limitation of services on account of inability to pay. (CHIA, 1967, p. 2)

Le plan d'assurance-maladie universel mais privé qu'elle propose serait donc « purely a mechanism for providing insurance and [...] the insurer or other carrier would in no way interfere with the practice of medicine. » (CHIA, 1967, p. 12) Et contre les reproches faits aux compagnies d'assurance d'être incapable de garantir des soins de qualité pour toute la population, la CHIA répond qu'il s'agit là d'une limite nécessaire pour garantir la liberté professionnelle des médecins : « To guarantee medical care involves control of the profession. In our judgment neither the insurance companies nor the government should have such control. » (CHIA, 1967, p. 8)

Du point de vue de la classe capitaliste, le rôle de l'État dans le domaine de la santé doit donc se limiter à un rôle supplétif qui laisse autant que possible le champ libre au secteur privé (et à la profession médicale). Néanmoins, si le rôle de l'État est limité par celui du secteur privé, l'État a tout de même un rôle à jouer, et pas seulement pour

---

exprimé par le corps médical et les directions hospitalières à l'égard des compagnies d'assurances privées qui, durant les années 1940 et 1950, tenteront de limiter la « liberté médicale en matière de tarification » de même que « l'autonomie des hôpitaux » en leur imposant des contrats d'exclusivité (Guérard et Rousseau, 2006, p. 316-317).

financer l'accès aux soins pour les personnes démunies. Notamment, l'État doit *favoriser le développement d'une médecine de pointe* par le financement de la *recherche médicale* et des *installations et équipements hospitaliers*.

Ainsi, plutôt que d'investir massivement pour universaliser la couverture pour les soins médicaux, la CCPQ recommande de prioriser les secteurs

> de la recherche, de l'éducation et du perfectionnement du personnel médical et de leur rémunération adéquate, et enfin celui de l'équipement hospitalier. Considérant les capacités de payer des citoyens du Québec, il semblerait logique que les investissements du gouvernement dans le domaine de la santé soient orientés vers ces secteurs avant tout autre. (CCPQ, 1967, p. 6)

En effet, considérant l'insuffisance des effectifs et des équipements médicaux et hospitaliers mentionnée plus haut, l'État doit « orienter ces investissements dans le domaine de la santé de manière à assurer la disponibilité de soins médicaux de haute qualité. » (CCPQ, 1967, p. 8) Autrement dit, l'État doit investir dans la modernisation et l'agrandissement de certains hôpitaux, dans l'élaboration d'une politique de prévention des maladies, dans la création d'une nouvelle faculté de médecine et dans l'intensification de la recherche médicale (CCPQ, 1967, p. 8-9).

La CHIA considère elle aussi que les divers paliers de gouvernement ont, en partage avec les professions médicales et affiliées, certaines responsabilités qui débordent le rôle du secteur des assurances privées. Si celles-ci ont la responsabilité de financer les soins médicaux et hospitaliers, le rôle de l'État se trouve plutôt dans « the provision of sufficient well-qualified doctors, up to date hospitals, trained and efficient allied medical personnel, medical research and educational facilities, rehabilitation and preventive medicine services » (CHIA, 1967, p. 8-9).

Il est révélateur que, alors que la CCPQ et la CHIA mentionnent les services de prévention comme relevant du rôle de l'État, voire comme étant une priorité dans le cas de la CCPQ, elles développent peu leur point de vue sur la question. Seule l'AMC

propose une vision de l'organisation des services de prévention et de première ligne. Fait intéressant, malgré ses critiques à l'égard de l'assurance-hospitalisation, elle recommande d'en élargir la portée « pour couvrir les soins de clinique ou autres que le médecin ordonne aux patients externes » et ce, afin d'éviter les coûts associés aux hospitalisations inutiles (AMC, 1967, p. iii). Et dans le cas où l'État irait de l'avant avec un élargissement de l'assurance-hospitalisation, elle recommande d'organiser ces services primaires *autour des établissements hospitaliers* :

> Si jamais les services dispensés dans les cliniques aux patients externes sont englobés dans le régime gouvernemental d'assurance-hospitalisation à ce moment-là le gouvernement devrait songer à agrandir ces cliniques de sorte que les hôpitaux deviennent des centres complets de santé. Comme l'AMC les envisage, ces centres fourniraient des examents [sic] généraux (tant médicaux que dentaires) et offriraient un vaste éventail de soins qui concernent la santé du public. [...]. Si de tels centres devenaient une réalité, ils constitueraient un noyau, un point de départ pour la mise en route de programmes d'éducation en hygiène préventive. (AMC, 1967, p. 8)

Face à l'éventualité d'un financement public accru des soins de santé, l'AMC plaide également en faveur d'une certaine rationalisation des soins médicaux et hospitaliers. Elle recommande que le gouvernement amplifie son rôle dans le domaine de la santé et du bien-être « en dressant un plan bien défini pour tenter d'en coordonner les activités. » (p. 7) Elle va même jusqu'à promouvoir la création d'un nouvel organisme qui assumerait ce rôle de coordination : « L'une des innovations que l'AMC juge encore plus importante est la création d'un organisme de coordination de toute l'activité médicale dans une région donnée » (p. 8)[238].

De plus, à l'instar de la CCPQ et de la CHIA, l'AMC valorise particulièrement le secteur de la recherche médicale, qu'elle considère elle aussi comme une priorité :

---

[238] On peut supposer que l'AMC espère ainsi réduire les coûts éventuels de l'assurance-maladie et qu'elle préfère un élargissement du rôle de l'État à une explosion des coûts.

> Des efforts incessants doivent viser à encourager le personnel compétent à entrer dans les nombreux domaines de la recherche médicale ou pharmaceutique, ayant trait de près ou de loin aux besoins et au bien-être de la population. Cet encouragement doit naturellement comprendre les recherches auxquelles se livrent les sociétés privées. (AMC, 1967, p. 11)

Si elle insiste sur le rôle du secteur privé dans ce domaine, elle considère également que l'État a un rôle – au moins indirect – à y jouer. L'État peut « accélérer le développement technologique dans la province » (AMC, 1967, p. 13) en finançant la recherche privée par le biais de crédits d'impôts, mais surtout en assurant un environnement fiscal favorable aux entreprises privées. Or, les coûts potentiellement engendrés par l'assurance-maladie constituent à cet égard une menace :

> En effet, le gouvernement du Québec devrait s'intéresser au plus haut point à la recherche et au développement effectués par l'entreprise privée. [...] Toutefois, une société qui songe à ériger au Canada des installations destinées à la recherche sera au courant du fait que le Québec souhaite percevoir et administrer une proportion toujours plus grande de son potentiel fiscal. (AMC, 1967, p. 12)

* * *

C'est maintenant au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs tel qu'il s'exprime durant les années 1960 que nous allons nous attarder. Nous pourrons constater que sur plusieurs aspects fondamentaux, ce point de vue est largement antagonique à celui exposé par le milieu des affaires devant la CESBES à la même époque. Nous présenterons d'abord les prises de position en matière de santé développées par le mouvement syndical durant cette période. Nous verrons ensuite que le mouvement syndical sera rejoint, à partir de la fin des années 1960, par un mouvement populaire bouillonnant qui contribuera à radicaliser le point de vue de la classe des travailleurs et travailleuses sur ces enjeux.

4.2 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs : le mouvement syndical et la revendication pour un réseau de polycliniques multidisciplinaires de première ligne

Un des constats importants auquel aboutit l'analyse documentaire présentée ici est que les grandes centrales syndicales québécoises revendiqueront, à partir de 1966, l'organisation de la pratique médicale au sein de polycliniques multidisciplinaires dont la parenté avec le modèle des CLSC fondé en 1971 ne peut qu'être frappante. Ce constat est important parce qu'il offre des pistes inexplorées jusqu'à maintenant pour comprendre la genèse des CLSC, pistes qui seront approfondies davantage dans la seconde partie de la thèse. Les sources documentaires analysées dans la présente section témoignent également du fait que le mouvement syndical mène durant les années 1960 une réflexion approfondie non seulement sur l'assurance-maladie et sur l'organisation du système de soins, mais également sur la sécurité sociale en général ainsi que sur le rôle socio-sanitaire de l'État.

En effet, du point de vue des travailleuses et travailleurs organisés dans le mouvement syndical, ces questions sont perçues comme étroitement reliées dans une conception globale et sociale de la santé qui n'est pas sans rappeler celle mise de l'avant dans le rapport sur la santé publié par la CESBES en 1970, rapport qui sera en quelques sortes le prélude à la Réforme des Affaires sociales et à la création des CLSC[239]. C'est donc cette conception de la santé telle qu'elle s'exprime dans les divers mémoires produits par le mouvement syndical durant les années 1960 (dont plusieurs seront soumis à la CESBES) qu'il s'agira ici de présenter, en même temps que les recommandations plus concrètes qu'elle entraîne et qui concernent autant l'assurance-maladie que l'organisation du système de soins.

---

[239] Pour l'analyse des travaux de la CESBES, voir le chapitre suivant.

4.2.1 Rôle socio-sanitaire de l'État : l'assurance-maladie dans le contexte d'une conception globale, sociale et préventive de la sécurité sociale et de la santé

Le point de vue du mouvement syndical sur l'assurance-maladie et sur l'organisation du système de santé durant les années 1960 est, comme pour la classe capitaliste, étroitement liée à une conception particulière du rôle de l'État dans ce domaine. Cette conception diffère toutefois considérablement de celle mise de l'avant par le milieu des affaires devant la CESBES. En effet, la documentation analysée témoigne d'une vision du rôle socio-sanitaire de l'État comprise à partir d'une conception *globale*, *sociale* et *préventive* de la santé qui appelle une intervention *large*, *systématique* et *cohérente* de l'État non seulement dans le secteur sanitaire, mais également dans les domaines social et économique, considérés comme indissociablement liés entre eux[240]. Parce que les revendications en faveur de l'assurance-maladie sont clairement inscrites dans ce contexte par les centrales syndicales elles-mêmes, il apparaît essentiel de présenter la conception de la sécurité sociale, de la santé et du rôle de l'État développée par le mouvement syndical québécois avant de revenir sur ces revendications.

4.2.1.1 Conceptions de la santé, de la sécurité sociale et du rôle de l'État

Si la littérature de seconde main s'attarde peu aux conceptions de la santé portées par les centrales syndicales québécoises, les travaux de Tremblay (1972) suggèrent tout de même que cette perspective socialisante sur la santé est déjà présente avant les années 1960. En effet, la FPTQ perçoit le problème de la santé « dès le début des années 1940, *dans une perspective de socialisation, comme une responsabilité de la collectivité* »

[240] C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il convient davantage de parler, dans le cas du mouvement syndical, de sa conception du rôle *socio*-sanitaire de l'État.

(Tremblay, 1972, p. 198)[241]. De même, dans un mémoire de 1954 soumis à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, la CTCC « définit la santé [...] comme une question primordiale et *de caractère public, qui est rattachée étroitement à la justice et à la sécurité sociales*. » (Tremblay, 1972, p. 96)[242]

Néanmoins, Tremblay souligne que la conception globale de la sécurité sociale et du rôle socio-sanitaire de l'État ne se développera qu'assez tardivement au sein du mouvement syndical québécois. Rappelons que jusqu'à la fin des années 1950, la CTCC, craignant la menace communiste, reste méfiante à l'égard d'une intervention trop importante de l'État. Avant 1950, la CTCC n'a donc pas une perspective globale sur la sécurité sociale : « Les réclamations sont parcellaires et portent sur des problèmes spécifiques. Elles visent à élargir le champ d'application des mesures gouvernementales. Il s'agit d'une approche de consommation ayant pour but d'améliorer la protection des familles ouvrières. » (Tremblay, 1972, p. 92) Néanmoins, à partir du congrès de 1950, la sécurité sociale est conçue comme « un droit qui englobe la sécurité de l'emploi, la sécurité du revenu, la sécurité de la capacité physique de travail et la sécurité quant aux revenus de remplacement et de complément. » (p. 92)

Du côté des syndicats internationaux, ce n'est qu'à partir de la fusion de la FTPQ et de la Fédération des unions industrielles du Québec (FUIQ) dans la FTQ en 1957 qu'émerge une conception plus globale de la sécurité sociale :

> Nous avons constaté précédemment que la F.P.T.Q. définissait la sécurité sociale comme une protection individuelle contre les risques qui menacent les travailleurs comme chef d'une unité de consommation. Ce n'est que dans les toutes dernières années de son existence qu'elle accordait de l'importance aux mesures préventives. La F.U.I.Q., pour sa part, définissait la sécurité sociale comme un droit pour tous ceux qui sont dans une situation de dépendance sociale directe. La fusion de 1957, entraînant la jonction de ces deux orientations, a

[241] C'est moi qui souligne. Le contraste avec la position de principe défendue par la CCPQ, qui voit la santé avant tout comme une responsabilité individuelle, est particulièrement frappant.
[242] C'est moi qui souligne.

> permis le développement d'une conception *axée sur le développement social de la communauté*. (Tremblay, 1972, p. 210-211)[243]

Cette nouvelle conception globale de la sécurité sociale est clairement exprimée dans un mémoire conjoint sur l'assurance santé déposé en 1957 par la FTQ et la CTCC[244], dans lequel se manifeste également une approche globale, sociale et préventive de la santé. On y situe d'entrée de jeu l'assurance-santé dans une conception générale du rôle social de l'État qui *s'oppose à la forme résiduelle et charitable de l'assistance publique* et qui promeut au contraire le *droit à la sécurité sociale* :

> Il nous semble opportun de rappeler fréquemment que la sécurité sociale ne s'inscrit pas dans les fonctions de l'état [*sic*] comme une œuvre de secours aux indigents. [...] Tout citoyen, indépendamment de ses moyens de fortune, a un droit à la sécurité sociale du fait même qu'il appartient à la communauté. La sécurité sociale est une nouvelle notion qui ne doit pas être confondue avec l'assistance publique ![245]

De plus, ce droit à sécurité sociale n'est pas conçu comme un droit abstrait mais plutôt comme *le produit nécessaire de l'organisation sociale* :

> autrefois les problèmes créés par la société rurale étaient d'une autre nature. L'ère de l'individu se suffisant à lui-même, l'ère du cultivateur ou de l'artisan répondant eux-mêmes au plus grand nombre de leurs besoins est close. Dans une société de masse, dans une société où chaque individu se sent impuissant en dehors du grand tout, naît la solidarité. Et c'est dans la solidarité que prend naissance la sécurité sociale.[246]

Dans ce mémoire se profile aussi une conception de la sécurité sociale et de la santé qui insiste sur l'importance d'agir en amont des problèmes sociaux et des maladies.

---

[243] Souligné par moi. Il est intéressant de faire remarquer la parenté de ce dernier point avec la mission des CLSC...

[244] Université du Québec à Montréal. Service des archives et de gestion des documents (ci-après : Archives UQAM), Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. L'assurance-santé. Mémoire conjoint de la Confédération des travailleurs catholiques du Canada et la Fédération des travailleurs du Québec (C.T.C.-F.A.T.-C.O.I.), 1957.

[245] *Ibid.* p. 5.

[246] *Ibid.* p. 6.

Autrement dit, on développe une *conception avant tout préventive* et non *pas uniquement curative* de l'intervention socio-sanitaire de l'État :

> nous ne craignons pas d'affirmer que la sécurité sociale doit chercher davantage à créer le plein emploi qu'à pallier le chômage, davantage à créer des foyers habitables qu'à secourir les sans-foyers et, dans le cas qui nous occupe, s'appliquer davantage à maintenir la population en santé qu'à secourir le malade.[247]

Cette conception de la sécurité sociale et de la santé sera approfondie et systématisée durant les années 1960. En effet, à partir de la seconde moitié de la décennie, les questions socio-sanitaires feront l'objet d'une réflexion intensive de la part des deux grandes centrales syndicales. La CSN soumet en 1966 un mémoire au Conseil supérieur de la famille[248] qui est considéré par Tremblay comme un jalon important dans l'évolution de la pensée de la CSN en matière de politiques sociales (Tremblay, 1972, p. 93). Fruit d'une réflexion sur l'ensemble du système de sécurité sociale, il critique l'incomplétude et l'incohérence des mesures sociales existantes et propose de les remplacer par une protection sociale complète et intégrée :

> Mais comme ces mesures ont été adoptées indépendamment les unes des autres et comme palliatifs, il était plus difficile, alors, de les faire correspondre à l'idée suivant laquelle un citoyen, une fois lancé dans le vie, doit pouvoir, quoi qu'il arrive, bénéficier d'un soutien social suffisamment fort et suffisamment constant pour compenser, d'une manière satisfaisante pour les conséquences de la condition défavorable dans laquelle il se trouve. Autre chose est de pallier à des difficultés nées de certaines situations, autre chose est de prévoir pour le citoyen, dans un système intégré, le maintien relatif de sa position sociale pendant la durée de son existence. (CSN, 1966, p. 105-106)

En cela, ce mémoire témoigne clairement d'une conception globale et sociale de la sécurité sociale et de la santé et souligne de plus que la prévention des problèmes sociaux et des maladies est un objectif prioritaire qui ne peut être réalisée par la seule

---

[247] *Ibid.*
[248] Ce mémoire est reproduit dans CSN (1966).

politique sociale. On considère en effet que celle-ci doit s'accompagner d'une intervention vigoureuse et décomplexée de l'État dans le domaine économique par le biais d'une politique économique visant une certaine rationalisation et planification publique de l'économie :

> Si l'État possède si peu de souveraineté de fait dans le domaine économique et, en d'autres termes, s'il est en présence d'un pouvoir redoutable et redouté dans ce domaine [celui des intérêts privés], il sera en réalité en présence du même pouvoir dans le domaine social. [...] L'État qui n'ose rien contre le pouvoir économique se verra forcé de rendre des comptes à ce dernier dans les initiatives qu'il voudra prendre, par exemple, en matière de sécurité sociale. (CSN, 1966, p. 95)

Cette intervention globale de l'État dans les domaines économique et social est d'autant plus essentielle si on souhaite agir en amont des problèmes socio-sanitaires. Dans cette perspective, on souligne d'ailleurs l'absurdité de développer des politiques sociales en laissant la planification de l'économie entièrement entre les mains de l'industrie privée :

> Payer des gens pour ne rien faire, plutôt que de leur fournir du travail ; *leur donner des soins, plutôt que de voir activement à modifier les conditions économiques qui pour une certaine part les rendent vulnérables à la maladie* ; [...] tolérer la plupart des effets de la planification privée de la grande industrie, quand cette planification s'inspire de tous autres motifs et atteint de tous autres buts que ceux d'une planification publique, elle-même inexistante ; ne décider que du social, quand on laisse décider l'économique par l'initiative privée : il nous semble que cette approche générale des problèmes témoigne d'un vice profond dans la politique du gouvernement. (CSN, 1966, p. 95)[249]

En d'autres termes, on défend ici une conception préventive de la politique sociale et de la santé, qu'on considère d'ailleurs comme étroitement liée à la pauvreté :

> Ainsi, l'on peut se demander, à juste titre, si une politique plus efficace et plus rationnelle dans le domaine du placement de la main-d'œuvre aura une importance appréciable dans une économie qui ne cherche pas activement à

[249] C'est moi qui souligne.

> résoudre le problème du chômage ; *ou encore si l'assurance-santé pourra produire tous ses fruits dans une société où la pauvreté et la misère sont choses extrêmement répandues* ; ou si l'assistance sociale la mieux organisée ne constituera pas un gaspillage gigantesque dans un pays qui n'a cure de résoudre le problème des économies régionales [...]. » (CSN, 1966, p. 94)[250]

Pour éviter les problèmes socio-sanitaires qui rendent nécessaire les politiques sociales, ou du moins pour rendre ces politiques efficaces, il est donc essentiel d'intervenir globalement sur les causes profondes de ces problèmes, c'est-à-dire au niveau de la politique économique :

> Dans une société qui n'est pas économiquement saine, les mesures de sécurité sociale et les mesures de bien-être, tout en corrigeant certaines injustices, sont impuissantes à éliminer la pauvreté. [...] Par conséquent, la société continue d'entretenir ses propres causes de malheurs et de difficultés, comme s'agissait de traditions précieuses. Elle fabrique la pauvreté et elle prétend la corriger. Elle creuse des gouffres, mais elle prétend les remplir. *Elle active la maladie, mais elle empêche le malade de succomber*. (CSN, 1966, p. 96)[251]

Cette réflexion globale de la CSN sur la sécurité sociale trouve son équivalent à la FTQ dans un mémoire soumis à la CESBES en 1968[252]. Le dépôt de ce mémoire, qui propose l'élaboration d'une politique générale de sécurité sociale, sera précédé d'un effort de réflexion qui s'étendra sur plusieurs mois et dont témoignent de nombreux documents de l'époque[253]. Fait intéressant, il apparaît clairement dans ces documents que c'est une

---

[250] C'est moi qui souligne.

[251] C'est moi qui souligne.

[252] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. Mémoire de la Fédération des travailleurs du Québec présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1968.

[253] Mentionnons notamment plusieurs documents issus d'un colloque organisé en 1967 par la FTQ autour des thèmes de la protection sociale et de l'organisation des services de santé : Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/2. Les politiques de protection sociale. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Guy Roger, 1967 ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/3. Le monde de la santé : problèmes de production des soins. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Thomas J. Boudreau, 1967 ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/4. Notes sur Services de santé et de bien-être. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Nicholas Zay, 1967. Mentionnons également deux projets de mémoire rédigé en vue du mémoire de 1968 et soumis, au moins en ce qui concerne le premier, à la consultation des membres de la FTQ : Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/25. Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être

conception globale de la santé, qui oblige à concevoir l'assurance-maladie comme indissociablement liée à la sécurité sociale dans son ensemble, qui a motivé cette réflexion.

Ainsi, le projet de mémoire de 1967 précise d'emblée que « [n]otre but initial, dans l'élaboration d'une telle politique [de sécurité sociale] était d'insérer l'assurance-maladie dans son cadre plus général qu'est la sécurité sociale. »[254] Et c'est bien à une intervention étatique large et systématique que ce projet de mémoire appelle : « Nous entendons faire savoir au gouvernement que l'ère des réformettes est révolue dans ce domaine et que le temps est venu d'élaborer une grande charte de la sécurité sociale pour le Québec d'aujourd'hui. »[255] On souhaite que cette intervention aboutisse sur un « système de sécurité sociale [...] cohérent et global »[256] qui reconnaisse la responsabilité collective plutôt qu'individuelle des problèmes sociaux. Dans cette optique, on rejette vigoureusement l'approche charitable et humiliante de l'assistance sociale :

> Nous voulons faire disparaître des textes de lois et du vocabulaire courant ces mots péjoratifs tels : assistés sociaux, secourus, indigents, termes qui postulent que les individus sont responsables de leur situation d'insécurité ; ces notions situent l'anormalité au niveau individuel plutôt que collectif.[257]

La même logique est appliquée aux questions de santé, dont on établit le lien étroit avec la société dans son ensemble et avec la sécurité sociale en général :

> Lorsqu'une société est malade, ses citoyens ne peuvent être en parfaite santé. À long terme, nous devons concentrer nos énergies sur des réformes profondes à apporter à notre système de sécurité sociale car nous ne parviendrons jamais à guérir les parties si le tout demeure cancéreux. La grande honte de notre société, dite d'opulence, est de maintenir dans la pauvreté plus de vingt pour cent (20%)

---

social (Commission Castonguay), 1967 ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/161. Sans titre. Plan d'un mémoire concernant l'administration des hôpitaux, 1968.

[254] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/25. *Op. cit.* p. 1.

[255] *Ibid.*

[256] *Ibid.* p. 2.

[257] *Ibid.* p. 1.

> de ses citoyens et d'être incapable d'améliorer leur état de santé. Une véritable politique de sécurité sociale peut corriger, en grande partie, ces carences.[258]

Or, et la proximité avec la position développée par la CSN dans son mémoire de 1966 est frappante, on considère qu'une politique de sécurité sociale complète, intégrée et cohérente ne peut être pensée indépendamment d'une politique économique visant à assurer le plein-emploi. Autrement dit, le rôle socio-sanitaire de l'État est ici conçu comme indissociablement lié à un rôle économique incontournable pour la puissance publique :

> La sécurité sociale doit tendre à assurer totalement la sécurité d'emploi, la sécurité dans le revenu et la sécurité dans le bien-être physique et mental. Ces trois éléments de la sécurité sociale sont à l'intersection de trois politiques qu'on a toujours considérées dans notre société comme étant indépendantes les unes des autres ; dans notre perspective, on ne peut parler de sécurité sociale sans penser à la coordination de ces trois politiques [...] : a) une politique économique commandée par le souci du plein-emploi ; b) une politique d'équipement sanitaire et d'organisation médicale ; c) une politique de répartition des revenus.[259]

Sur ce dernier point, il est intéressant de souligner que la sécurité sociale est également considérée comme nécessairement liée « au problème de la redistribution du revenu. La sécurité sociale doit donc tendre à modifier la répartition du revenu qui résulte du jeu aveugle des mécanismes économiques dans le but d'adapter les ressources de chaque individu ou famille à ses besoins. »[260] C'est dans cette optique qu'on revendique « le salaire annuel garanti, qui serait la formule la plus équitable de répartition des revenus dans un régime de sécurité sociale. »[261]

---

[258] *Ibid.* p. 2.
[259] *Ibid.*
[260] *Ibid.* p. 4.
[261] *Ibid.* Notons qu'on touche ici à deux des grands principes qui gouvernent le point de vue des travailleurs et travailleuses en matière de politique sociale : la redistribution des revenus et le caractère démarchandisant des politiques sociales. La CSN, dans son mémoire de 1966 remis au Conseil de la famille, revendique de manière analogue l'instauration d'un « revenu de base » (CSN, 1966, p. 98)

Le mémoire finalement déposé à la CESBES en 1968[262] reprend pour l'essentiel cette conception de la sécurité sociale et de la santé, en insistant davantage toutefois sur cette revendication en faveur du « revenu annuel garanti pour tous »[263], maintenant placée au cœur de ses demandes. De plus, la FTQ va ici plus loin et rejoint la CSN en mettant résolument de l'avant une prise de position ferme en faveur d'un nouveau rôle de planification économique et sociale pour l'État, prérequis essentiel d'une conception conséquente de la sécurité sociale[264] :

> Nous avons vu qu'une politique de sécurité sociale doit tendre à garantir la sécurité d'emploi, de revenu ainsi que le bien-être physique et mental. Une conception aussi large de la sécurité sociale nécessite beaucoup plus qu'une politique cohérente de distribution de prestations ou de services. Il faut de plus que l'État possède les mécanismes de contrôle du développement économique et social. La planification peut seule favoriser un développement harmonieux et équilibré de l'économie québécoise et de l'équipement social nécessaire à l'épanouissement de la population.[265]

---

[262] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.*

[263] *Ibid.* p. 12.

[264] Le mémoire déposé se distingue également du projet de 1967 par les propositions concrètes qu'il développe – et qui étaient seulement ébauchées dans la version préliminaire – quant à l'organisation du système de soins. Nous y reviendrons dans la section suivante.

[265] *Ibid.* p. 34. Il est intéressant de souligner ici la parenté entre les conceptions du rôle socio-sanitaire de l'État défendues par la CSN et la FTQ et celle mise de l'avant par le NPD (fédéral) à la même époque. Ainsi, le cahier de résolutions du congrès de 1967 fait état d'une conception très large du rôle de l'État en matière de sécurité sociale, qu'on voit comme indissociablement lié à la politique économique : « Nous reconnaissons que pour atteindre ces objectifs, il faut attaquer simultanément sur plusieurs fronts dans les domaines social économique et législatif. Fondamentalement, le Nouveau Parti Démocratique envisage un régime de sécurité sociale assez vaste de par sa définition pour inclure la santé, l'éducation, l'habitation, le plein emploi et un revenu suffisant pour assurer un niveau de vie satisfaisant pour chacun. » Une telle conception de la sécurité sociale est d'ailleurs vue comme essentiel pour prévenir les effets de la pauvreté, ce que les mesures actuelles sont incapables de faire : « Le vaste régime de sécurité sociale toujours croissant sert, au mieux, à mitiger les effets de la pauvreté ; il ne la prévient pas, ni ne l'élimine. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-630 : 02/72. Résolutions présentées au quatrième congrès fédéral du Nouveau parti démocratique, 1967, p. 10.

4.2.1.2 Conception large de l'assurance-maladie

C'est donc dans ce contexte d'une conception globale, sociale et préventive de la sécurité sociale et de la santé que doivent être comprises les revendications du mouvement syndical en faveur de l'assurance-maladie, qui se multiplient à partir de la fin des années 1950. Toutefois, rappelons de nouveau que l'unanimité des grandes centrales syndicales quant à la conception large du rôle socio-sanitaire et économique de l'État qui se manifeste durant les années 1960 est à cette époque relativement récente puisqu'une partie importante du mouvement syndical québécois sera longtemps réticente à appuyer l'intervention de l'État dans le domaine de la santé. Si la FTPQ « se prononce dès les années 1940 en faveur d'une assurance 'santé' d'État » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 327)[266], la CTCC tardera pour sa part à adhérer à ce projet et ce, bien que le principe de l'assurance-maladie est endossé dès 1943 :

> Le congrès de 1944 s'était prononcé contre le contrôle étatique sur l'assurance-santé. Le congrès de 1948 s'était prononcé contre l'étatisation de la médecine et des hôpitaux, à partir d'attendus dénonçant la disparition des libertés à la suite d'une telle étreinte de l'État. La même attitude prévaut, au cours des années 1950, alors que l'on demande à l'état de développer un régime d'assurance-maladie, mais selon une modalité qui annule l'influence étatique. (Tremblay, 1972, p. 97)

Dans son mémoire de 1954 soumis à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, la CTCC revendique la création d'un régime d'assurance-maladie à financement tripartite plutôt que strictement étatique. Néanmoins, on souhaite un régime assurant une couverture large et on associe son instauration au développement de certaines mesures préventives :

> on propose, comme seule solution valable, un régime d'assurance-santé complet et contributoire, qui serait financé conjointement par le gouvernement de la province, les employeurs et les assurés (proportionnellement à leurs revenus),

[266] En fait, nous avons vu au chapitre précédent que les syndicats internationaux desquels est issue la FTPQ revendiquent l'instauration d'une assurance-maladie depuis la fin de la Première guerre mondiale.

> couvrirait les frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers, laisserait à chacun le libre choix de son médecin et prévoirait un programme d'éducation populaire en matière d'hygiène et de médecine préventive. (Tremblay, 1972, p. 96)

Dans les années suivantes, un rapprochement important se produit sur les questions de santé entre les deux centrales syndicales à la faveur des débats entourant l'instauration d'une assurance-hospitalisation étatique qui, avec l'adoption en 1957 du programme fédéral d'assurance-hospitalisation à frais partagés, semble imminente. À partir de ce moment, les dernières réserves quant à l'instauration d'une assurance-maladie étatique tombent, et le mouvement syndical québécois amorce une véritable campagne en faveur de cette mesure. Ainsi, dans leur mémoire conjoint déposé en 1957[267], la FTQ et la CTCC se prononcent pour la création d'une assurance-santé obligatoire « sous le contrôle de l'État »[268].

Or, les revendications exprimées dans les mémoires qui se succèdent sur cet enjeu durant les années 1960 montrent que du point de vue du mouvement syndical québécois, l'assurance-maladie ne doit pas être comprise comme une mesure isolée et spécifique visant strictement le remboursement des frais médicaux et hospitaliers : en cohérence avec la conception de la santé portée par les centrales syndicales, elle doit plutôt être abordée à partir d'enjeux plus larges qui concernent l'ensemble du domaine socio-sanitaire. Plus spécifiquement, à partir de 1957, l'assurance-santé sera de plus en plus conçue non seulement comme un moyen d'assurer ce qui est considéré comme un *droit à la santé*, mais aussi comme un *outil de prévention* et comme une occasion de *réformer l'ensemble du système de santé*.

Nous avons vu que le mémoire conjoint de 1957 situe d'emblée l'assurance-santé dans une prise de position large sur le rôle social de l'État. Le mémoire sur l'assurance-

---

[267] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.*

[268] *Ibid.* p. 17. Précisons toutefois que le mouvement syndical continuera d'exprimer sa préférence pour une gestion tripartite avec participation populaire (incluant une représentation du mouvement syndical) plutôt qu'une gestion directement assumée par l'État et ce, jusqu'à l'adoption de la loi de 1970.

hospitalisation soumis au gouvernement du Québec par la CSN, la FTQ et d'autres groupes issus des milieux populaires en 1960 va dans le même sens : présentant l'assurance-santé comme « une pleine mesure de sécurité sociale », il souligne d'entrée de jeu « l'insuffisance de l'assurance-hospitalisation »[269], notamment parce qu'on juge cette mesure trop limitée pour favoriser la priorisation du préventif sur le curatif :

> Soucieux d'assurer des soins de santé convenables aux couches les moins favorisées de la population, conscients de la possibilité qu'offre la science médicale moderne de prévenir la maladie plutôt que de la guérir, et cela à un coût social finalement moins élevé, les signataires de ce document se refusent à considérer l'assurance-hospitalisation comme autre chose qu'un premier pas vers l'assurance-santé [...].[270]

Suite à l'adoption de l'assurance-hospitalisation en 1961, le mouvement syndical accentue la pression en faveur d'une assurance-santé universelle couvrant également l'accès aux soins médicaux non-hospitaliers. Dans un mémoire législatif soumis par la FTQ durant la première moitié des années 1960[271], l'assurance-santé étatique, universelle et obligatoire se trouve parmi les principales revendications mises de l'avant. On entrevoit un régime « financé à même diverses sources de revenus (impôts, loterie, etc.) afin que la prime, si prime il doit y avoir, soit accessible au plus grand nombre » et administré « soit directement par l'État, soit par une commission tripartite »[272]. Encore une fois, on y défend une conception large de l'assurance-santé, qu'on refuse de voir comme une mesure strictement destinée à rembourser les frais

---

[269] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/7. Mémoire sur l'assurance-hospitalisation présenté conjointement par la Fédération des travailleurs du Québec, la Confédération des syndicats nationaux, l'Union catholique des cultivateurs, le Conseil de la coopération du Québec, la Fédération des unions de familles, le Chapitre français de Montréal de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, 1960, p. 3.

[270] *Ibid.*

[271] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/5. *Mémoire législatif à monsieur Jean Lesage, premier ministre, et aux membres du Conseil exécutif de la province de Québec*, [s. d.]. Le mémoire a été déposé durant le règne de Lesage (1960-1966) et postérieurement à l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation (1961). D'après le texte, le mémoire semble avoir été déposé autour de l'année 1963.

[272] *Ibid.* p. 18.

médicaux. Plus précisément, on souhaite que l'assurance-santé soit dotée d'une vocation non seulement curative mais aussi préventive et qu'elle soit associée à une révision en profondeur l'organisation du système de soins[273] :

> Nous sommes opposés à tout régime d'Assurance-santé qui ne ferait qu'acquitter les notes d'honoraires des médecins, sans défrayer le coût de la prévention de la maladie et de la recherche médicale, sans se préoccuper de l'organisation rationnelle de la pratique médicale (polycliniques, cliniques externes des hôpitaux, proportion praticiens-généraux/spécialistes conforme aux besoins de la population, localisation incitative des médecins dans les régions mal desservies, etc.).[274]

Dans cette optique, on considère comme essentiel « que l'administration de l'assurance-santé ait la responsabilité d'assurer la prévention de la maladie, d'améliorer la qualité des soins médicaux et de desservir convenablement toutes les régions »[275].

C'est toutefois dans un mémoire conjoint soumis à la CESBES en 1966 que les revendications en matière de santé des deux centrales – et notamment celles qui concernent l'organisation du système de soins, sur lesquelles nous reviendrons (voir *infra*, section suivante) – sont précisées davantage[276]. Les principales centrales syndicales québécoises y revendiquent un régime d'assurance-maladie universel, complet, obligatoire et public financé par l'impôt sur le revenu[277]. Fait intéressant, on considère qu'un régime complet devrait inclure « des services de dépannage financier et domestique à être organisés de concert avec le ministère de la Famille et du bien-être

---

[273] La question du point de vue sur l'organisation du système de soins sera l'objet de la section suivante.
[274] *Ibid.*
[275] *Ibid.* p. 19.
[276] L'Union des cultivateurs catholique (UCC) a également participé à la rédaction de ce mémoire. Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/3. Mémoire sur l'assurance-santé présenté par la FTQ, l'UCC et la CSN, 1966.
[277] *Ibid.* p. 2. Cette position ferme en faveur d'un financement par le biais de l'impôt et contre le financement par cotisations est nouvelle. Les centrales la justifient par le rejet de la notion d'indigence impliquée par ce dernier mode de financement : « Pour ce qui est de la prime, elle présente surtout l'inconvénient de ressusciter la notion d'indigence, puisqu'il faut définir et identifier ceux qui n'ont pas les moyens de la payer. Nous refusons absolument ce moyen de financement de l'assurance-santé. » *Ibid.* p. 5.

social. » (*ibid.*, p. 3)[278] Autrement dit, les centrales syndicales réitèrent dans ce mémoire leur attachement à une conception large de l'assurance-santé : elles précisent qu'elles voient cette dernière non pas comme une mesure de protection du revenu des médecins ni comme un simple outil permettant d'assurer l'accès aux soins curatifs, mais bien comme une mesure de sécurité sociale susceptible de favoriser la prévention des maladies et d'avoir un effet transformateur global dans le domaine de la santé :

> Nous concevons l'assurance-maladie, non pas comme une ordinatrice électronique émettant les chèques qui paieront les notes d'honoraires des médecins et qui les protégeront contre le risque des mauvaises créances, mais comme une véritable mesure de sécurité sociale dont l'objet sera de mettre les progrès de la science médicale à la portée de tous, de reconnaître à chaque citoyen un *droit égal à la santé*, d'améliorer nos services de santé *du point de vue qualitatif tout autant que quantitatif*, d'*humaniser la relation entre le malade et son médecin* [...], de *favoriser la prévention de la maladie*, de pratiquer une économie des ressources de la collectivité par une *rationalisation de l'exercice de la profession*, de profiter de l'occasion pour assurer une *meilleure répartition des richesses* [...].[279]

Dans son mémoire soumis à la CESBES en 1968[280], la FTQ présente de nouveau l'assurance-maladie non pas comme une simple mesure devant assurer l'accès aux soins curatifs, mais également comme une mesure devant favoriser la prévention des maladies et la sécurité du revenu[281] :

> Les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation ne doivent pas seulement protéger tous les citoyens contre le risque de la maladie, mais être en

---

[278] Cette revendication est intéressante notamment parce qu'elle témoigne d'un souci d'intégration des services de santé et des services sociaux qui est cohérente avec la conception globale, sociale et préventive de la santé portée par les centrales, souci qui se reflète également dans une des recommandations importantes de ce mémoire, à savoir l'organisation de la médecine de première ligne au sein de polycliniques multidisciplinaires. De plus, elle préfigure la fusion des ministères de la Santé et de la Famille et du bien-être dans le nouveau ministère des Affaires sociales qui sera créé en 1970 par Claude Castonguay. D'ailleurs, cette fusion sera explicitement réclamée par la FTQ dans son mémoire de 1968 soumis à la CESBES : Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* À ce sujet et aussi sur la question des polycliniques, voir la section suivante.

[279] *Ibid.* p. 1-2. Souligné par moi.

[280] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.*

[281] On retrouve ici la vieille revendication ouvrière en faveur d'une assurance-indemnisation couvrant les risques de perte de revenus en cas de maladie.

> outre assortis de services qui protègent contre ce risque, telle la médecine préventive, et complétés par des mesures qui maintiendraient le niveau de vie des victimes de ce risque.[282]

Et encore une fois, l'assurance-maladie est présentée comme une occasion de réformer l'ensemble du système de santé, qui est considéré, au même titre que le système de sécurité sociale dans son ensemble, comme anarchique, mal intégré et inefficace :

> Il existe à l'heure actuelle une multitude de régimes qui consacrent la confusion et l'inefficacité dans la production et la consommation des soins. [...] Un régime d'assurance-maladie obligatoire, universel, public et complet devient l'instrument idéal qui permettra à l'État de planifier et *d'organiser rationnellement* une politique d'équipement sanitaire et d'organisation médicale.[283]

Devant une telle conception de l'assurance-maladie, il n'est pas surprenant que les débats sur cet enjeu aient incité le mouvement syndical québécois à développer un point de vue clair sur l'organisation du système de soins. Au fil des mémoires produit durant les années 1960 sur la question de l'assurance-maladie se précisent en effet une réflexion et des recommandations de plus en plus concrètes et spécifiques à cet égard, qu'il s'agit maintenant de présenter.

4.2.2 Point de vue sur l'organisation du système de soins : remise en question de la médecine libérale ; pour une rationalisation du système

La vision du système de soins développée durant les années 1960 par les grandes centrales syndicales québécoises peut être articulée autour de deux grands thèmes : 1) le mouvement syndical développe d'abord une certaine *critique*, bien que timide, *de la pratique libérale de la médecine*, qui affecte bien sûr de manière décisive l'organisation

---

[282] *Ibid.* p. 31.
[283] *Ibid.* p. 13-14. C'est moi qui souligne.

du réseau de la santé ; 2) cette critique passe notamment par des appels répétés en faveur d'une *rationalisation* de la pratique médicale, mais aussi de l'organisation du système de manière plus générale.

4.2.2.1 Critiques de la médecine libérale

Il faut préciser d'emblée que les critiques du mouvement syndical québécois à l'égard de la médecine libérale resteront limitées en comparaison de celles développées par une partie importante du mouvement ouvrier de l'ouest canadien qui, comme nous l'avons vu, réclame avec le CCF l'étatisation de la médecine et le salariat pour les médecins dès les années 1930 (voir *supra*, chapitre 3). Les centrales syndicales du Québec, malgré une certaine radicalisation sur cette question à partir de la seconde moitié des années 1960, ne réclameront de telles mesures qu'au plus fort de la lutte en faveur de l'assurance-maladie en 1970, proposant plutôt durant la décennie précédente des réformes qui n'attaquent pas de front les principes de la médecine libérale considérés comme les plus fondamentaux par les médecins. Elles n'iront pas non plus aussi loin que le mouvement des cliniques populaires qui développe à partir de 1967 une critique radicale de la médecine libérale, appelant à une véritable *démystification* et *déprofessionnalisation* de la médecine (voir *infra*, section 4.3).

Le mémoire conjoint de 1957[284] est d'ailleurs très clair à ce sujet. On se défend vigoureusement de promouvoir l'étatisation ou de remettre en question radicalement le modèle de la médecine libérale :

> À notre avis, il existe entre [l'étatisation et l'assurance-santé] des différences de nature. Sous l'étatisation proprement-dite [*sic*], tous les médecins deviendraient en effet des fonctionnaires de l'état tandis que le système d'assurance-santé obligatoire que nous préconisons restreint l'intervention de l'état à la seule

[284] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.*

> coordination des efforts. En effet, [...] tous les médecins demeurent libres de choisir leurs patients, comme chaque patient demeure libre de choisir son médecin.[285]

De même, on précise « qu'il n'est nullement question, avec l'assurance-santé, d'assujettir l'ensemble des médecins à des catégories de salaire »[286]. Le mémoire législatif déposé par la FTQ au début des années 1960 va dans le même sens et préconise que dans le futur régime d'assurance-santé, « la rétribution des soins professionnels se fasse à l'acte médical », que « le malade ait le libre choix de son médecin, et le médecin, le choix de son malade » et que « les médecins conservent leur entière autonomie scientifique et leur liberté de traitement, sous la surveillance du Collège des médecins » [287]. Et malgré leur ton plus combatif – et parfois même agressif –, aucun des mémoires subséquents n'attaquera de front le mode de rémunération à l'acte. De même, la remise en question du principe du libre choix mutuel des médecins et des patientes et patients restera timide, les centrales syndicales se contentant d'en recommander l'encadrement.

Néanmoins, et ce dès le mémoire de 1957, le mouvement syndical développe une certaine critique de la médecine libérale qui est intéressante parce qu'elle débouchera éventuellement sur des propositions en matière d'organisation (ou de rationalisation) de la pratique médicale qui concernent directement la genèse des CLSC (voir la section suivante). Elle est intéressante également parce qu'elle fait voir qu'avec la radicalisation du mouvement syndical à partir du milieu des années 1960, les médecins sont perçus non seulement comme l'une des figures d'opposition principale à l'assurance-maladie (ce qui était déjà le cas dans en 1957[288]), mais aussi désormais

---

[285] *Ibid.* p. 18.
[286] *Ibid.* p. 15.
[287] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/5. *Op. cit.* p. 19.
[288] Dans le mémoire conjoint déposé en 1957 par la FTQ et la CTCC, une bonne partie de l'argumentation en faveur de l'assurance-santé est dirigée contre les objections soulevées par les médecins (l'autre partie répondant davantage aux compagnies privées d'assurance-maladie). Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.*

comme un groupe social injustement privilégié qu'on peut identifier, dans une certaine mesure, à l'élite économique capitaliste[289].

Ainsi, malgré ses déclarations rassurantes quant à la « menace » d'étatisation de la médecine, le mémoire conjoint de 1957 laisse entrevoir une perspective critique sur le modèle libéral de la pratique médicale. Notamment, on envisage une certaine remise en question de l'exercice privée de la médecine :

> la pratique privée ne revêt à nos yeux aucun caractère 'sacré'. C'est une forme de l'exercice médicale qui possède sûrement des grands mérites mais qui n'est pas intangible et qu'on doit subordonner aux besoins humains. [...] si par ailleurs des besoins humains nouveaux exigent que la pratique privée s'adapte à des circonstances modifiées, il ne peut être question de s'opposer à cette évolution nécessaire. La médecine existe pour les malades et non les malades pour la médecine.[290]

De plus, on s'insurge contre le pouvoir des médecins spécialistes qui, dans les hôpitaux, « contrôlent des départements entiers » et, par le fait même, le « droit d'entrée » des malades[291]. On proteste du même souffle « contre la pratique de plusieurs hôpitaux qui réservent leurs lits en définitive non pas aux malades mais aux médecins. »[292] Et si on ne remet pas en question le libre choix des médecins et des malades, on souligne que la spécialisation de la médecine a largement contribué à hypothéquer la relation personnelle entre les médecins et leurs patientes et patients : « Les spécialités sont

---

[289] L'élite économique est d'ailleurs considérée comme un autre opposant de taille à cette mesure, comme le montre cette déclaration du président de la FTQ dans un communiqué de presse du 20 juillet 1966 : « 'À moins que la Chambre de commerce entreprenne de démolir scientifiquement les données de base et les thèses du rapport Hall, ce qu'elle n'a pas encore réussi à faire, on ne peut qu'attribuer à des raisons idéologiques, plutôt que pratiques, son opposition à un régime universel et public d'assurance-maladie. Et alors, nous tenons à faire savoir à tous les intéressés, dont les autorités gouvernementales, que pour des motifs également idéologiques de justice sociale et d'égalitarisme, notre mouvement est farouchement opposé à tout régime qui ne satisferait pas à des exigences fondamentales.' » (cité dans Tremblay, 1972, p. 214)

[290] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.* p. 19.

[291] *Ibid.* p. 17.

[292] *Ibid.*

même développées à un tel point que l'on ne peut plus parler de relations de médecin à patient, mais d'hôpital à patient. »[293]

Cette amorce d'une critique de la liberté de choix est approfondie dans les années suivantes. En effet, bien que ce principe soit défendu dans le mémoire législatif du début des années 1960, on considère qu'il doit être encadrée et maintenu seulement « à condition que l'administration de l'assurance-santé s'occupe de faire l'éducation médicale du citoyen, règlemente l'intervention du spécialiste, s'assure que la population a constamment à sa disposition des services médicaux convenables, etc. »[294] Des réserves à cet égard sont également formulées dans le mémoire conjoint déposé en 1966 devant la CESBES et ce, bien qu'on se défende de vouloir « entraver inconsidérément la liberté professionnelle des médecins »[295]. On conteste le caractère absolu de la liberté du choix mutuel des médecins et des patientes et patients, dont on souligne le caractère plus théorique que réel : « à notre avis, en raison de la spécialisation de la médecine et de l'urbanisation de notre société, c'est un principe qui correspond de moins en moins à la réalité, pour ce qui est tout au moins du libre choix de son médecin par le client. »[296] La volonté de limiter la liberté de choix des malades par les médecins est également exprimée dans un mémoire conjoint déposé par quatre grandes centrales syndicales en réaction au projet de loi de 1970 sur l'assurance-maladie :

---

[293] *Ibid.*

[294] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/5. *Op. cit.* p. 19

[295] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/3. *Op. cit.* p. 2.

[296] *Ibid.* p. 8. Dans une allocution prononcée peu de temps après le dépôt du mémoire, le directeur des relations extérieures de la FTQ, Noël Pérusse, attaque encore plus directement ce principe : « Au risque de choquer ici certaines oreilles partisanes, je dois vous avouer que les travailleurs désirent qu'on apporte certaines modifications à la pratique libérale traditionnelle de la médecine. C'est ainsi qu'ils n'accordent plus la valeur d'absolu qu'on lui a longtemps prêtée, au libre choix de son médecin par le client, et inversement. Ils estiment que ce principe naguère sacré correspond de moins en moins à la réalité, et qu'appliqué intégralement, il risque d'entraver une rationalisation désirable de la pratique médicale. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/39. Une promesse ancienne servie à la moderne. Un texte de Noël Pérusse, direction des relations extérieures de la FTQ, proposé au 12e Congrès de la FTQ, 1966, p. 4.

> L'article 2 reconnaît au patient le droit de choisir son professionnel et à celui-ci le droit de ne pas traiter une personne. *Remarque* : Ce dernier droit est trop absolu. Un professionnel de la santé ne devrait en jouir que dans les limites de l'éthique et de la discipline professionnelle, de même que dans celles de son serment professionnel. Trop souvent les patients sont refusés pour de simples motifs pécuniaires. » (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 5-6)[297]

Dans le mémoire soumis à la CESBES en 1966 est également ébauchée une certaine remise en question du statut professionnel du médecin, dans la mesure où on refuse la distinction étanche entre la profession médicale et les travailleuses et travailleurs : on conçoit les médecins comme des travailleuses et des travailleurs comme les autres qui peuvent, à ce titre, se syndiquer et négocier leur rémunération, notamment par la grève[298]. D'ailleurs, on considère comme important que des représentantes et représentants de l'ensemble des travailleuses et travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux – et non seulement les médecins – participent à la gestion éventuelle du régime d'assurance-maladie :

> Pour ce qui est de la représentation de ceux qui dispensent les soins médicaux, nous estimons qu'elle ne saurait plus être le monopole des seuls médecins et chirurgiens. Nous considérons que le moment est venu d'associer à la profession médicale les disciplines paramédicales – art dentaire, optométrie, pharmacie, nursing, psychologie, service social, etc. – dont l'ensemble constitue aujourd'hui l'équipe moderne de la santé.[299]

La timide remise en question du statut du médecin et la critique de la médecine libérale traditionnelle présente dans les mémoires précédents est précisée davantage dans une

---

[297] Bien que ce mémoire ne soit pas daté, il est aisé de le situer en 1970, à la veille de l'adoption du projet de loi sur l'assurance-maladie.

[298] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/3. *Op. cit.* p. 5.

[299] *Ibid.* p. 3. Comme dans les mémoires précédents, on souhaite que la gestion du régime soit la responsabilité d'une régie tripartite sur laquelle serait représentés l'État, les professions médicales et paramédicales ainsi que, bien sûr, les représentantes et les représentants des « consommateurs » de services, à savoir les syndicats de travailleuses et travailleurs, le mouvement coopératif et les syndicats étudiants. À noter qu'on inclut ici les services sociaux dans les professions paramédicales, signe supplémentaire de la conception sociale de la santé portée par les centrales syndicales. Cette proposition reflète également un attachement pour la pratique multidisciplinaire de la médecine, qui sera au cœur de certaines recommandations importantes du mouvement syndical quant à l'organisation du système de santé (voir section suivante).

allocution présentée en 1966 devant une assemblée de médecins par le président de la FTQ de l'époque, Louis Laberge[300]. Fait intéressant, alors que le président de la FTQ s'adresse ici à des membres de la profession médicale, la critique se fait très dure. Ainsi, bien qu'on ne s'oppose toujours pas au paiement à l'acte, la formulation choisie par le président de la FTQ à ce propos indique clairement une certaine antipathie pour ce mode de rémunération et une préférence pour le salariat des médecins :

> Que vous choisissiez de vous faire payer à l'acte professionnel, comme le bourreau ou à la pièce, comme l'ouvrière du vêtement, ou alors à salaire, comme la presque totalité de l'humanité laborieuse, c'est votre affaire. Il y a suffisamment de médecins qui nous ont dit le danger qu'il y avait pour eux, en devenant des salariés de l'État, ou des fonctionnaires, de perdre leur compétence, leur conscience professionnelle et leur dévouement, pour que nous ne risquions pas notre vie inutilement en leur imposant le régime du salariat.[301].

Encore plus intéressant toutefois, cette remise en question se fait principalement à travers une présentation de « la conception que les travailleurs se font de la médecine et de la relation nouvelle qui devrait s'établir entre le malade et son médecin dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie. »[302] Se faisant le porte-parole des travailleurs et des travailleuses, Louis Laberge parle de « la piètre opinion que les gens du peuple se font trop souvent des médecins »[303] :

> À cause de leurs revenus élevés, de l'état de dépendance dans lequel leurs clients se trouvent souvent placés à leur endroit, du caractère ésotérique de leur science, des marques de respect extérieur qu'ils reçoivent, les médecins s'imaginent un peu trop facilement qu'ils jouissent d'une réputation et d'un statut social fort avantageux. Je suis désolé d'avoir à vous apprendre, au cas où vous ne le sauriez pas, que la réalité est tout autre.[304]

---

[300] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-710/1. Le rôle social du médecin : sacerdoce ou commerce ? Communication du président Louis Laberge de la FTQ, à la *Lyman Duff Memorial Conference on Medical Affairs*, 1966.
[301] *Ibid.* p. 7-8.
[302] *Ibid.* p. 1.
[303] *Ibid.* p. 4.
[304] *Ibid.*

Préfigurant la démystification de la médecine mise de l'avant par les cliniques populaires à partir de 1967-1968 (voir *infra*, section 4.3.1), Laberge fissure le mythe du « médecin des pauvres » et de la profession médicale comme « deuxième sacerdoce »[305] en soulignant que les médecins sont perçus par les travailleuses et les travailleurs non pas comme des professionnels méritant un traitement à part, mais bien comme des travailleuses et des travailleurs (trop) privilégiés, qui peuvent « s'appuyer sur un marché de rareté pour négocier ou imposer leurs tarifs »[306] plutôt que de recourir à la négociation collective et à la grève. Les médecins sont aussi vus comme « les seuls ouvriers qui n'ont pas à répondre de la qualité de leur travail, qui ne sont pas passibles de sanctions telles que le congédiement pour leurs distractions, leurs négligences et même leurs manquements graves de conscience professionnelle[307].

En même temps qu'on rabat le statut professionnel des médecins sur celui des travailleuses et travailleurs, les médecins sont identifiés avant tout à l'élite économique, voire même aux capitalistes, mais à des capitalistes dont le capital trouverait sa source dans les connaissances médicales de la profession :

> Les travailleurs ont également l'impression que vous êtes trop occupés par vos spéculations en bourse, par vos placements, par l'administration de vos propriétés et de vos commerces, pour vous intéresser vraiment à leur cas et vous donner à la pratique de votre profession. [...] pour de trop nombreux médecins, l'exercice de cette profession constitue un commerce comme un autre, où le capital-argent est tout simplement remplacé par un capital-connaissances [...].[308]

Laberge souligne également que ce « capital-connaissances » est « en grande partie souscrit par la société. »[309] En cela, il conteste l'image de succès individuel accolée aux

---

[305] *Ibid.* p. 6.
[306] *Ibid.* p. 11.
[307] *Ibid.* p. 5.
[308] *Ibid.* p. 6.
[309] *Ibid.*

médecins, soulignant que ce succès est en fait largement tributaire d'un soutien social décisif généralement non reconnu :

> À l'heure actuelle, on a l'impression que le médecin, c'est un peu un commerçant qui, au lieu d'investir son argent dans une affaire, a investi un certain nombre d'années de sa vie et, souvent, de l'argent emprunté, dans l'acquisition de connaissances qui lui constituent un fonds de commerce. [...] Mais, s'il est conscient d'avoir investi une partie de sa vie et d'avoir hypothéqué son avenir dans une carrière qui doit produire un rendement correspondant sur le capital, le médecin l'est moins du fait que la société a elle-même investi dans sa formation des sommes énormes, sous forme de construction d'écoles, de scolarité gratuite, de subvention aux études [...], etc. Et alors, il s'imagine qu'il peut faire rendre à la limite son propre capital investi, sans se soucier de rendement social de l'investissement public.[310]

Dans cette optique, et sans aller jusqu'à revendiquer une déprofessionnalisation de la médecine[311], on souhaite voir se réaliser – à la faveur de l'instauration de l'assurance-maladie mais aussi grâce à des réformes sociales plus larges – certains changements susceptibles de démocratiser l'accès à la profession et, par le fait même, de mettre fin au « malthusianisme voulu ou involontaire qui a présidé jusqu'ici à la formation des médecins »[312]. Autrement dit, on espère ouvrir la formation médicale aux « classes populaires » par

> la suppression de tous les obstacles à l'accessibilité des jeunes de talent à la formation universitaire [...]. Grâce à la gratuité de l'enseignement et à une aide aux étudiants [...], les futurs médecins seraient conscients du fait que c'est la société beaucoup plus qu'eux-mêmes qui investit dans leur formation, que leur apport personnel sous forme d'étude est l'équivalent du travail productif des travailleurs [...].[313]

---

[310] *Ibid.* p. 9.
[311] Ce que n'hésiteront pas à faire les cliniques populaires. Voir *infra*, section 4.3.2.
[312] *Ibid.* p. 10.
[313] *Ibid.* Cette proposition est précisée dans l'allocution prononcée par Noël Pérusse le mois suivant. On souhaite en fait que les médecins soient rémunérés durant leur formation : « Les travailleurs voudraient en somme qu'aidés suffisamment par l'État au moment de leurs études, les médecins cessent de considérer leur formation comme un investissement personnel dont il s'agit de tirer ensuite le meilleur rendement, qu'ils y voient plutôt un investissement public dont le rendement doit être avant tout social.

Le mémoire conjoint soumis suite au dépôt du projet de loi sur l'assurance-maladie en 1970 (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.]) reprend plusieurs des critiques formulées par Laberge en 1966. À l'instar de ce dernier, on souligne le statut excessivement privilégié des médecins, qu'on met en contraste avec celui des travailleuses et des travailleurs :

> Nous jugeons intolérable que le gouvernement soit si peu soucieux des deniers publics qu'il ne prenne pas les précautions explicites voulues pour réprimer les abus possibles de la part d'un certain nombre de professionnels. Pourtant, quand il s'agit de lois s'appliquant aux travailleurs, il ne se gêne pas pour énumérer les infractions et les sanctions qui s'y rapportent. La déférence excessive dont on use envers les professionnels fait un contraste si frappant avec la rigueur qu'on oppose aux travailleurs, que nous ne saurions manquer de la souligner à double trait. Elle nous scandalise. (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 16)

Fait intéressant, on parle dans ce mémoire du « passage éventuel souhaité à une conception vraiment sociale des professions de la santé. » (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 8) Or, le statut privilégié de la profession médicale est considéré comme incompatible avec une telle conception de la santé :

> en régime capitaliste, les professionnels de la santé ont progressivement acquis un statut de grands privilégiés, incompatible avec une organisation sociale des services, avec une pratique vraiment sociale des professions de la santé et avec un régime de sécurité sociale. (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 6)

Dans le contexte où, avec le régime d'assurance-maladie, c'est désormais l'État qui finance la plus grande partie des soins médicaux, il devient essentiel d'amorcer rapidement certains changements :

> Cette situation ne peut durer et ne durera pas indéfiniment. Mais il faut tout de suite commencer à aménager les conditions nécessaires à l'établissement progressif d'un ordre tel que les professionnels de la santé auraient à accepter les normes minimales du bien commun dans cette perspective ; d'autant plus que l'État, qui doit assumer désormais le système et payer pour son maintien et son

---

On peut assimiler les études avancées du futur médecin au travail productif des travailleurs, et le rémunérer en conséquence [...]. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/39. *Op. cit.* p. 7.

> développement, ne saurait abandonner à des éléments privilégiés les décisions qui influent d'une manière capitale sur l'avenir de ce système. (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 6)

Bien que cette affirmation concerne avant tout ici la question de la possibilité pour les médecins de se désengager du régime d'assurance-maladie, il ressort clairement de plusieurs des mémoires analysés que les « conditions nécessaires » qu'on évoque ici réfèrent également aux enjeux qui concernent plus spécifiquement l'organisation du système de soins. En effet, la critique de la médecine libérale développée par le mouvement syndical durant les années 1960 est étroitement associée à une remise en question de la pratique individualiste de la médecine libérale traditionnelle. De manière plus générale, c'est un appel à la rationalisation du système de santé et de la pratique médicale qui est portée – et ce de manière récurrente – dans ces mémoires.

4.2.2.2 Rationalisation de la pratique médicale et du système de soins

Malgré les réticences des grandes centrales syndicales québécoises à revendiquer l'étatisation de la médecine et à remettre en question les « initiatives privées » dans le domaine de la santé, elles développeront durant les années 1960 des prises de position de plus en plus marquées en faveur d'une intervention conséquente de l'État dans l'organisation, la coordination et la rationalisation du système de soins et de la pratique médicale.

Cette évolution est d'autant plus frappante que dans le mémoire conjoint de 1957[314], on insiste sur le fait que l'assurance-santé *n'a pas* pour objectif de réorganiser plus efficacement et de façon moins coûteuse le système de soins :

---

[314] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.*

> Écartons une autre erreur, celle qui consiste à voir dans l'assurance-santé une mesure dirigée contre les honoraires trop élevés ou contre les frais hospitaliers exagérés. [par.] S'il s'agissait seulement d'une mesure de contrôle, elle prendrait une forme très différente. L'objectif premier de l'assurance-santé *n'est pas de réduire les honoraires des médecins ou les frais hospitaliers, mais de procurer au patient les moyens d'y faire face*. [De même,] il n'est nullement question, avec l'assurance-santé, d'assujettir l'ensemble des médecins à des catégories de salaires [...].[315]

Néanmoins, certaines prises de positions traduisant un point de vue critique sur l'organisation du système de soins de l'époque transparaissent dans ce mémoire, prises de positions qui ne s'accompagnent toutefois pas de recommandations particulières à cet égard. D'abord, on *rejette totalement le régime d'assurances privées* qui prévaut depuis le début des années 1940 au Québec, dont on analyse longuement les failles[316]. Fait intéressant, si ce régime est critiqué principalement pour son incapacité à couvrir l'ensemble de la population, les centrales syndicales sont également conscientes des *tendances hospitalo-centriques coûteuses* qu'il engendre, et elles dénoncent ce qu'elles perçoivent comme un financement public indirect des compagnies d'assurances privées :

> Au cours de l'étude qui a précédé, nous avons constaté que la *population s'était protégée surtout contre les frais hospitaliers*. Ces polices d'assurance *obligent* les assurés à recourir à l'hospitalisation si ces derniers veulent recevoir les prestations garanties. Ce qui veut dire, en définitive, que l'assuré, même affligé d'une maladie de peu de gravité, ou bénigne, devra se rendre à l'hôpital pour recevoir ces prestations garanties. De là naît un besoin fictif de lits d'hôpitaux provoqué par les exigences des compagnies privées. L'État sur qui retombe en dernière analyse la large part du coût de construction des hôpitaux, investit donc des sommes fantastiques à cette fin et assiste ensuite à un usage non essentiel des

---

[315] *Ibid.* p. 15. Souligné dans le texte.

[316] *Ibid.* p. 19-30. Si on se fie à l'analyse de Guérard et Rousseau, ceci semble être une nouveauté pour la CTCC qui, encore en 1952, est « sympathique » aux régimes d'assurance privée, bien qu'elle s'inquiète « des abus auxquels ils peuvent donner lieu » (2006, p. 327) On peut toutefois penser que cette sympathie se porte davantage vers les sociétés à but non lucratif développées entre autres avec le soutien du clergé (dont la Croix Bleue).

> services coûteux, usage dicté par des compagnies privées. C'est là une anomalie qu'il faut de toute évidence faire disparaître.[317]

Cette préoccupation teinte également le mémoire sur l'assurance-hospitalisation soumis en 1960[318]. On a vu que les grandes centrales syndicales, bien qu'elles se disent favorables à l'assurance-hospitalisation, dénoncent son caractère limité, notamment pour son incapacité à favoriser la prévention des maladies. Or, on craint également que cette mesure, si elle prend une forme trop restrictive, n'entraînent un approfondissement des tendances hospitalo-centriques du réseau et un développement inutile et coûteux des installations et équipements hospitaliers. On considère que si les « services externes » ne sont pas couverts par le régime,

> le malade aura tendance à vouloir se faire admettre le plus souvent possible à l'hôpital [...]. Le système d'assurance-hospitalisation sans services externes représente un danger surtout sur le plan des investissements. Si trop de malades ont tendance à se faire admettre dans les hôpitaux, il est pratiquement inévitable que de nouveaux investissements se fassent en bâtiments et équipement hospitalier. Ces investissements pourraient s'avérer superflus et irrationnels si les services externes étaient compris dans le système.[319]

Si le mémoire de 1960 rejoint sur ces questions les préoccupations exprimées en 1957, il se distingue par son insistance sur le rôle de l'État dans l'organisation et la coordination des services hospitaliers et par le fait qu'on développe des recommandations précises à ce sujet. Alors qu'en 1957 on se défendait de faire de l'assurance-santé une mesure de contrôle des frais médicaux et hospitaliers, on affirme désormais que l'assurance-hospitalisation doit s'accompagner d'une intervention étatique dans l'organisation des soins : « s'il veut s'acquitter de toutes ses responsabilités, votre gouvernement ne devra pas se contenter de payer la note de l'hospitalisation ; l'État provincial devra également s'occuper de règlementer et

---

[317] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.* p. 30. Souligné dans le texte.
[318] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/7. *Op. cit.*
[319] *Ibid.* p. 25.

d'orienter les initiatives privées dans ce domaine »[320]. Bien qu'on ne remette pas en question le caractère privé du système hospitalier, on considère que le rôle de réglementation et d'organisation est la prérogative et la responsabilité de l'État :

> Tout le monde reconnaît évidemment que l'État n'a pas à se substituer aux initiatives privées en ce domaine. Mais un rôle qui lui revient strictement est celui de règlementer, coordonner, orienter et supplémenter au besoin ces initiatives. Or, chez-nous, la règlementation est inexistante et l'orientation et la coordination sont à peu près nulles.[321]

On critique particulièrement le *développement anarchique du système hospitalier* québécois qui, entre les « investissements injustifiés » et les « régions mal desservies », ne répond pas aux « besoins réels » de la population[322]. Deux recommandations ressortent de ce constat. On recommande d'abord la création d'un Bureau provincial des hôpitaux au sein du Ministère de la santé qui aurait « le pouvoir de réglementer le fonctionnement des hôpitaux en édictant des normes à cet effet [et] d'orienter et coordonner les investissements privés »[323] dans le secteur hospitalier. On développe également une vision précise de la forme que devrait prendre cette « saine planification » en recommandant la réorganisation du système hospitalier autour de trois grandes catégories d'hôpitaux – hôpitaux généraux, hôpitaux spécialisés à fonction simple et hôpitaux spécialisés à fonction complexe :

> Le système actuel doit être classifié selon ces catégories et les investissements de chaque hôpital devront se justifier d'après les normes de la catégorie à laquelle il appartient. Il est bien entendu que semblable classification ne peut être faite qu'en termes des besoins locaux, régionaux et provinciaux.[324]

---

[320] *Ibid.* p. 2.
[321] *Ibid.* p. 19-20.
[322] *Ibid.* p. 20.
[323] *Ibid.*
[324] *Ibid.* p. 21. La parenté entre cette vision systémique d'un réseau hospitalier organisé en fonction des différents « niveaux de spécialisation » des soins et celle présentée par la CESBES dans son rapport de 1970 sur la santé est frappante. Voir *infra*, chapitre 5.

À partir de l'adoption de l'assurance-hospitalisation en 1961, la réflexion du mouvement syndical québécois sur l'organisation du système de soins se concentre davantage sur la pratique médicale extra-hospitalière[325]. C'est dans ce contexte qu'on développe, à partir du milieu des années 1960, des *propositions innovantes quant à l'organisation de la médecine de première ligne*. Or, la prise en compte de ces propositions apparaît comme essentielle pour comprendre l'origine du modèle des CLSC.

Si le mémoire législatif soumis par la FTQ au début des années 1960[326] fait déjà mention des polycliniques comme d'une piste intéressante en vue de rationaliser la pratique médicale, c'est dans le mémoire conjoint soumis à la CESBES en 1966[327] qu'une recommandation détaillée est véritablement formulée à ce sujet. Cette recommandation s'adosse d'une part à la conception large de l'assurance-santé défendue par le mouvement syndical, mais également à la critique de la médecine libérale qu'il développe. Ainsi, nous avons vu que l'assurance-santé est conçue non pas comme une simple mesure visant le remboursement des frais médicaux, mais également comme une occasion de transformer le système de soins. Plus spécifiquement, on considère que l'assurance-santé doit s'accompagner d'une nécessaire rationalisation de son organisation, et en particulier de la pratique médicale :

> Nous ne croyons pas que la régie de l'assurance-santé s'acquitterait pleinement de ses responsabilités à l'endroit des bénéficiaires en se contentant d'acquitter passivement les notes d'honoraires des médecins et des dentistes. À notre avis, elle devrait également travailler à une rationalisation de la pratique médicale, conformément à l'évolution sociologique de la société, en encourageant et en

[325] Nous verrons néanmoins que dans le mémoire qu'elle soumet à la CESBES en 1968, la FTQ reprend cette critique du caractère irrationnel de l'organisation et du développement des hôpitaux et propose une réflexion approfondie sur la réorganisation et la rationalisation du système hospitalier.
[326] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/5. *Op. cit.*
[327] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/3. *Op. cit.*

> contribuant à organiser, de concert avec la profession médicale, une utilisation meilleure, plus productive et mieux adaptée aux besoins du personnel médical.[328]

Or, cette rationalisation de la pratique médicale doit passer par une certaine remise en question de la médecine libérale, et plus spécifiquement par une *critique de la pratique médicale traditionnelle individuelle en cabinets :*

> Actuellement, la médecine se pratique encore, en milieu urbain, comme si le malade et sa famille avaient encore à leur disposition toutes les ressources familiales et communautaires du milieu rural d'autrefois. Il en résulte pour le malade un sentiment d'insécurité jusqu'ici inconnu, dont la médecine devrait reconnaître dans la pratique qu'il n'est pas de nature à lui faciliter le retour à la santé, lequel demeure la raison d'être et la noblesse de la profession elle-même.[329]

Mais surtout, et il s'agit-là d'une proposition particulièrement intéressante pour notre sujet d'étude, on souhaite voir cette pratique désuète remplacée par une *pratique de groupe dans un réseau de polycliniques multidisciplinaires intégrant services de santé et services sociaux*. Considérant l'importance de cette revendication pour comprendre la genèse du modèle des CLSC, nous la reproduisons ici intégralement :

> nous estimons que le temps est venu, du moins dans les grandes agglomérations, de renoncer pour une part à la pratique solo traditionnelle et de *favoriser la création de polycliniques groupant les diverses disciplines médicales et paramédicales*. Nous croyons qu'on améliorerait considérablement la qualité des soins médicaux, tout en réduisant les coûts de l'assurance-maladie, si les malades avaient accès à de telles cliniques où ils seraient d'abord reçus par un praticien général qui pourrait leur dispenser une foule de traitements peu coûteux, et qui, dans les cas plus compliqués, pourrait soumettre son diagnostic à un spécialiste sur place, qui verrait à acheminer son client vers la spécialité la mieux indiquée ; cliniques où [...] un *service social* verrait à réaménager le budget des familles frappées par la maladie, à leur procurer l'assistance financière nécessaire, l'aide domestique nécessitée par l'absence de la mère, à trouver à certains clients des emplois compatibles avec leur état de santé, à réorganiser les familles frappées

---

[328] *Ibid.* p. 8.
[329] *Ibid.* p. 9.

> par le décès du père ou de la mère ; et à modifier les milieux familiaux générateurs de troubles psychiques et psychosomatiques, etc.[330]

Soulignons que cette revendication – qui est exprimée ici pour la première fois et qui peut être considérée comme avant-gardiste dans le contexte québécois[331] – deviendra un des chevaux de bataille des centrales syndicales, qui la réitéreront à plusieurs reprises au cours des mois et années suivantes.

Ce sera le cas dans l'allocution prononcée par Laberge en 1966[332]. Le président de la FTQ appelle alors à une pratique médicale renouvelée, désormais centrée sur le travail d'équipe au sein de polycliniques plutôt que sur la pratique individuelle en cabinets :

> D'après nous, le médecin de demain et de l'assurance-maladie renoncera de plus en plus, de lui-même, à la pratique traditionnelle 'solo' de sa profession. [...] Le praticien général et les spécialistes formeront, avec les représentants des professions paramédicales, dentistes, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières, physiothérapeutes, optométristes, etc., une équipe moderne de santé dispensant aux malades un éventail complet de soins, ainsi que les services auxiliaires de dépannage domestique et financier. Tous ces services seront réunis sous le toit de polycliniques médicales et paramédicales décentralisées et aisément accessibles à la population.[333]

À noter que ces polycliniques ne sont pas à ce moment conçues comme une remise en question de la pratique privée. Elles sont plutôt vues comme « la transposition, sur le plan de la pratique privée, des méthodes de travail déjà en vigueur à l'hôpital. »[334] Néanmoins, considérant que les centrales syndicales adhéreront unanimement au projet de cliniques publiques que seront les CLSC, on peut supposer que ces hésitations à réclamer un réseau de polycliniques *publiques* relèvent moins d'un attachement à la

---

[330] *Ibid.* p. 7. C'est moi qui souligne.
[331] Elle est formulée avant même l'apparition des premières cliniques populaires (1967), sur lesquelles nous reviendrons dans la prochaine section. À ma connaissance, il s'agit de la première mention d'un tel modèle au Québec.
[332] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-710/1. *Op. cit.*
[333] *Ibid.* p. 11-12.
[334] *Ibid.* p. 11.

pratique privée de la médecine[335] que d'un calcul politique visant à ne pas trop s'aliéner la profession médicale, considérée à juste titre comme une actrice puissante et incontournable du domaine de la santé.

Quoiqu'il en soit, l'allocution de Laberge[336] souligne de nouveau que ces changements sont envisagés comme une nécessaire *rationalisation* de la pratique médicale, pouvant conduire notamment à un désengorgement des établissements hospitaliers :

> je pense que le régime des polycliniques représenterait également des économies pour la société, les hôpitaux se trouvant soulagés de nombreux cas de chirurgies mineures. Et surtout, les spécialistes dans lesquels la collectivité a investi le plus ne feraient pas le travail de praticiens généraux ; ceux-ci ne feraient pas le travail de travailleurs sociaux, d'infirmières ou de psychothérapeutes. Et le personnel professionnel, dans son ensemble, ne ferait plus un travail de secrétaire, de téléphoniste et de réceptionniste. Je pense qu'il s'agit là d'une rationalisation et d'une modernisation des méthodes de travail auxquelles la pratique médicale est à peu près seule à avoir échappé jusqu'ici.[337]

Cette demande de rationalisation de la pratique médicale par son organisation au sein de polycliniques multidisciplinaires est réitérée le mois suivant par le directeur des relations extérieurs de la FTQ, Noël Pérusse :

> Par rationalisation de la pratique médicale, les syndicats entendent un certain abandon de la pratique solo traditionnelle en vue d'un regroupement des diverses disciplines médicales et paramédicales sous le toit de polycliniques offrant au

---

[335] Nous avons vu que dès 1957, les grandes centrales syndicales remettent en question le « caractère 'sacré' » de la pratique privée de la médecine. Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *Op. cit.* p. 19.

[336] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-710/1. *Op. cit.*

[337] *Ibid.* p. 13. La rationalisation de la division du travail qu'on souhaite voir se réaliser dans les polycliniques sera éventuellement aussi transposée dans la réflexion sur l'organisation du système hospitalier proposé en 1968 par la FTQ dans son mémoire à la CESBES : « La venue du mouvement syndical dans le secteur hospitalier a eu comme première conséquence de provoquer une évaluation et une répartition rationnelle des tâches chez les employés d'hôpitaux. Nous sommes convaincus que le même travail s'impose au niveau de l'équipe médicale. La répartition des tâches entre omnipraticiens, spécialistes, médecins, infirmières et autres 'paramédicaux' devrait faire l'objet d'études très approfondies. C'est notre sentiment qu'il y a du travail actuellement exécuté par des personnes dont la compétence et la formation sont trop poussées pour les exigences de la tâche. Ce gaspillage de ressources humaines réduit le rendement des services hospitaliers. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* p. 21.

> malade un éventail complet de soins, et permettant probablement à la collectivité de pratiquer des économies de coûts. Ils soutiennent que, groupés ainsi, les médecins pourraient, par un système de relève équitable, rester constamment au service du public tout en menant une vie normale.[338]

Sans aller jusqu'à revendiquer le développement d'un réseau de polycliniques *publiques*, on parle même à cette occasion de cette éventuelle réforme de la médecine comme « d'une certaine socialisation de leur profession »[339].

Enfin, cette revendication est également reprise dans le mémoire déposé par la FTQ devant la CESBES en 1968[340]. Fait intéressant, elle s'inscrit toutefois ici dans une réflexion approfondie sur l'organisation du système de soins, elle-même clairement inscrite, comme nous l'avons vu, dans une réflexion globale sur le système de sécurité sociale dans son ensemble[341]. Cette réflexion sur la nécessaire rationalisation du système de santé s'articule plus précisément autour d'une une remise en question profonde de la place et du rôle traditionnel de l'hôpital. On propose en fait une grande

---

[338] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/39. *Op. cit.* p. 5.

[339] *Ibid.*

[340] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* Quant au mémoire portant sur le projet de loi sur l'assurance-maladie, on peut penser que le passage suivant réfère également à l'organisation de la pratique médicale au sein de polycliniques : « Nonobstant nos recommandations touchant la couverture des services dispensés au cabinet privé, nous pensons que le gouvernement doit, par une saine politique de rationalisation des services professionnels de santé, amener progressivement la concentration de ces services dans des institutions bien équipées et dont le coût, pour l'installation matérielle, se trouverait amoindri considérablement par rapport aux conditions de l'éparpillement actuel et la multiplication inutile des équipements. » (CEQ, CSN, FTQ *et al.*, [s. d.], p. 4) Il est également intéressant de souligner que cette revendication pour la création de polycliniques permettant une pratique médicale de groupe est aussi mise de l'avant au niveau national. Ainsi, dans un numéro de 1970 de sa revue officielle, le Congrès du travail du Canada fait état d'une conférence de trois jours sur l'assurance-maladie tenue en 1969. Selon le compte-rendu de la revue, « [c]ette conférence a été envisagée comme le premier pas d'une campagne en vue d'établir un réseau de centres médicaux communautaires à travers le Canada. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/144. Le travailleur canadien, revue du Conseil du travail du Canada, volume 15, numéro 6, p. 46.

[341] Rappelons que cette réflexion a donné lieu à la production de plusieurs documents au cours des mois précédents le dépôt du mémoire, dont certains directement consacré à la question de l'organisation du système de soins : Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/2. *Op. cit.* ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/3. *Op. cit.* ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/4. *Op. cit.* ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/25. *Op. cit.* ; Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/161. *Op. cit.*

« réforme des hôpitaux » devant aboutir à la naissance de « [l]'hôpital moderne »[342], réforme essentielle considérant l'adoption imminente de l'assurance-maladie et le fait que l'État sera désormais appelé à financer les services sanitaires :

> Les réformes précises que nous vous suggérerons pour la réorganisation des services de santé relèvent de la préoccupation de l'aménagement rationel [*sic*] des ressources actuelles et futures en vue d'obtenir un rendement maximum. [...] Au moment où nous insistons pour mettre à la disposition de toute la population les services de santé, il est urgent de s'assurer que les ressources existantes sont utilisées au maximum. On veut éviter de se faire servir l'argument 'ça coûte trop cher', en rationalisation l'administration actuelle et en augmentant l'efficacité et le rendement des ressources de ce secteur.[343]

Cette réorganisation du système de soins passe par une certaine *remise en cause de l'hospitalo-centrisme* grâce au développement et à l'utilisation maximales de ressources externes à l'hôpital et ce, afin d'éviter le gaspillage de ressources hospitalières coûteuses. Elle passe également par *l'intégration* de l'administration du système et des différents types de services socio-sanitaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, de même qu'entre les services intra et extra-hospitaliers.

Les tendances hospitalo-centriques du système de santé étant attribués en partie aux effets pervers de l'assurance-hospitalisation[344], on considère qu'un régime complet d'assurance-maladie offrira une solution au moins partielle à ce problème. On attribue cependant également une partie du problème à l'organisation du système de soins : « Nous croyons que la structure administrative de la distribution des services de santé au Québec oblige les malades à être hospitalisés pour recevoir certains examens qui pourraient tout aussi bien être faits à l'extérieur de l'hôpital. »[345] Dans l'optique de réduire le recours inutile aux services hospitaliers, on propose donc la création « d'un

---

[342] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* p. 16.
[343] *Ibid.* p. 17.
[344] « La loi actuelle d'assurance-hospitalisation oblige certaines catégories de malades à être hospitalisés pour bénéficier des soins gratuits prévus par la loi » *Ibid.* p. 19.
[345] *Ibid.*

système de soins hospitaliers à domicile », l'« [u]tilisation intensive des cliniques externes pour tous les malades qui n'ont pas absolument besoin d'être hospitalisés » et l'organisation d'« institutions fonctionnelles de rétablissement »[346] permettant d'éviter l'hospitalisation des malades chroniques et convalescents.

La nécessaire réforme de l'hôpital passe également par une remise en cause de la pratique médicale individuelle en cabinets privés :

> L'hôpital est conçu actuellement comme une institution vers laquelle le médecin pratiquant en cabinet privé, oriente ses clients qu'il ne peut soigner lui-même. La conception moderne de l'hôpital doit être toute différente. [...] [Elle] suppose, en effet, la formation d'équipes médicales intégrées, capables de répondre aux besoins de la population.[347]

C'est ici qu'intervient de nouveau la revendication de plus en plus pressante visant à créer un réseau de polycliniques médicales dotées d'équipes de travail complètes et multidisciplinaires, dont on précise ici qu'elles devraient être organisées sur une base locale (le quartier) :

> L'équipe médicale, formée de tous les spécialistes des différents domaines de la santé, se regroupera soit dans les cliniques externes d'un hôpital, soit dans les polycliniques médicales. Dans ce contexte, la polyclinique médicale *se présente comme étant la seule mesure efficace* pour rapprocher des individus l'équipe médicale moderne ; c'est le regroupement des ressources humaines de la santé au service d'une population d'un quartier donné.[348]

Face à « l'irrationalité et [à] l'absurdité de notre système de services de santé », marqué notamment par une multiplicité de « régimes » tels que les « régime de soins hospitaliers, de soins psychiatriques, de prévention et de traitement des maladies vénériennes, de soins médicaux et chirurgicaux, des régimes pour les assistés sociaux,

---

[346] *Ibid.* p. 18.
[347] *Ibid.* p. 16.
[348] *Ibid.* C'est moi qui souligne.

etc. »[349], la FTQ défend aussi vigoureusement l'intégration de l'administration et des services socio-sanitaires :

> Chacun de ces régimes possède actuellement sa propre administration, son personnel et un budget séparé. Les mécanismes de coopération entre ces différents systèmes sont inexistants. Il est bien évident que l'absence d'intégration des différents éléments du monde de la santé est de nature à hausser inutilement le coût de production et de consommation des biens de la santé.[350]

Dans cette optique, on souhaite que « l'hôpital moderne » réalise une véritable intégration des ressources et des services, et notamment une intégration des services individuels et des services communautaires : « L'hôpital intégrera les ressources humaines et physiques et fera disparaître la séparation entre les services de santé personnels et les services communautaires pour faire appel à un système intégré de services de santé. »[351] On évoque également « l'intégration possible des soins préventifs aux soins curatifs » qui, en plus de permettre une utilisation plus optimale des ressources et équipements, ferait « disparaître le cloisonnement injustifié entre la médecine préventive et curative »[352].

Cette volonté d'intégration des services personnels et des services communautaires, des services préventifs et curatifs et des services de santé et services sociaux (entre autres par la formation d'équipes de travail multidisciplinaires, regroupées notamment au sein des polycliniques médicales) est évidemment étroitement liée à la conception globale, sociale et préventive de la santé et de la sécurité sociale développée par le mouvement syndical et systématisée dans ce même mémoire :

> L'embryon de politique sociale que nous avons au Québec se caractérise par une multitude de mesures sociales incohérentes et non-intégrées ; mesures visant à soulager plutôt qu'à corriger la misère dont sont victimes les défavorisés de notre société d'opulence. Les différents régimes de soins médicaux et d'assistance

---

[349] *Ibid.* p. 12-13.
[350] *Ibid.* p. 13.
[351] *Ibid.* p. 16.
[352] *Ibid.* p. 20-21.

> sociale présentent les mêmes faiblesses : absence de politique à long terme et cloisonnement de l'administration. Le moment est venu d'élaborer une véritable politique cohérente de sécurité sociale qui pourra intégrer les mesures disparates avancées sous l'influence de facteurs multiples et souvent obscurs.[353]

C'est dans cette optique qu'on propose ici une autre innovation, elle aussi révélatrice de l'influence qu'a pu avoir le mouvement syndical sur la Réforme des Affaires sociales, à savoir l'« [i]ntégration des différentes mesures de sécurité sociale dans un Ministère de la sécurité sociale »[354] :

> On devra refondre les différentes mesures de sécurité sociale dans une véritable 'charte de la sécurité sociale' dont l'administration relèverait en grande partie d'une seule autorité. [...] Seul un ministère de la Sécurité sociale pourrait être l'agent coordonnateur dans l'élaboration, l'organisation et l'exécution d'une politique cohérente de sécurité sociale.[355]

Fait intéressant, afin d'éviter une bureaucratisation excessive de l'administration de la sécurité sociale et pour que les politiques et services soient efficaces et adaptés aux besoins spécifiques des populations de chaque région, on recommande également la régionalisation de l'administration du nouveau ministère par la création de « commissions régionales » qui,

> pour être efficaces et adaptées au contexte social et économique de la région, ne doivent pas être de simples succursales du ministère et n'avoir pour fonction que d'exécuter les directives de ce dernier. C'est à la fois dans une perspective de

---

[353] *Ibid.* p. 33.
[354] *Ibid.*
[355] *Ibid.* Précisons que cette mesure est déjà envisagée dans le projet de mémoire de 1967 : « Afin d'assurer la coordination dans l'élaboration, la planification et l'exécution de ces mesures de sécurité sociale, nous proposerons la création d'un ministère de la Sécurité sociale qui intégrerait les actuels ministères du Bien-être et de la Famille et celui de la Santé. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/25. *Op. cit.* p. 5. Rappelons à cet égard qu'une des premières actions de Claude Castonguay à son arrivée au gouvernement sera d'entreprendre la fusion de ces deux ministères dans le ministère des Affaires sociales. Cette mesure est généralement considérée comme le coup d'envoi de la Réforme des Affaires sociales qui occupera l'ensemble du mandat de ce ministre.

> décentralisation qu'il faut aborder l'étude de la décongestion de l'administration provinciale.[356]

Pour les mêmes raisons, on souhaite le développement de conseils et de comités consultatifs visant à favoriser la participation des citoyennes et des citoyens à l'administration du ministère, recommandation qui fait d'ailleurs écho aux revendications répétées visant la participation citoyenne à l'administration de l'éventuel régime d'assurance-maladie :

> Dans l'élaboration et l'exécution d'une politique de sécurité sociale, nous croyons qu'il est essentiel de systématiser la participation consultative à tous les niveaux de l'administration. Au niveau du ministère de la Sécurité sociale, nous préconisons la formation d'un conseil consultatif où tous les organismes intéressés ou oeuvrant dans le domaine du bien-être pourraient être représentés. Aux commissions régionales on devrait également greffer des comités consultatifs représentants les organismes de la région.[357]

* * *

Si, durant les années 1960, le mouvement syndical approfondit et radicalise son point de vue en matière de santé, sa critique et sa remise en question du système de santé et de la pratique médicale dominante de l'époque reste limitée à plusieurs égards. L'entrée en scène du mouvement populaire à partir de la fin des années 1960 contribuera à pousser plus loin cette critique, principalement à travers le développement d'un modèle radicalement alternatif d'organisation et de prestation des services socio-sanitaires : les cliniques populaires.

---

[356] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* p. 35-36.

[357] *Ibid.* p. 36-37. La parenté entre ces deux dernières recommandations et le modèle des Conseil régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), créé en même temps que celui des CLSC, est également frappante.

4.3 Point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs : le mouvement populaire et le modèle alternatif des cliniques populaires

À partir de la fin des années 1960, le mouvement syndical est rejoint dans sa critique de la médecine libérale par ce que certains appellent le « mouvement populaire » (Favreau, 1989 ; Bélanger et Lévesque, 1992), faisant ainsi référence aux nombreux « groupes populaires » (Dion, 1974 ; Léonard et Hamel, 1978 ; McGraw, 1978) qui émergent au Québec durant cette période. Ces nouvelles formes d'organisation populaire se distinguent notamment par le fait qu'elles se développent à l'extérieur des types d'organisations plus traditionnels de la classe des travailleuses et des travailleurs que sont les syndicats et les partis politiques[358].

Ceci pourrait s'expliquer en partie par la composition sociale des groupes populaires. D'après les indications disponibles dans la littérature sur le mouvement populaire

---

[358] Une précision s'impose ici. Il est important de noter que même si nous présentons ces deux mouvements – le mouvement syndical et le mouvement populaire – séparément, ils n'ont pas évolué en vase clos. Au contraire, les liens ont été nombreux entre eux. Il est à cet égard révélateur qu'il soit difficile d'identifier l'origine précise des Comités d'action politique (CAP) qui émergent au tournant des années 1970 autant à l'initiative du mouvement syndical que du mouvement populaire. À ce sujet, voir Rouillard (2004) ; Favreau et L'Heureux (1984) ; Favreau (1989) ; Lamoureux *et al.* (2002) ; ainsi que le chapitre 7 de la thèse. De même, la FTQ semble avoir été directement impliquée dans au moins un projet de clinique populaire, comme le suggèrent les deux résolutions suivantes adoptées au congrès de 1967 (la date indique d'ailleurs que ces résolutions concernent l'une des premières cliniques populaires fondées à l'époque) : « *Appui de la FTQ à la Polyclinique*. QU'IL SOIT RÉSOLU que la FTQ aide cette polyclinique à mieux se faire connaître dans notre province. *Polyclinique médicale*. QU'IL SOIT RÉSOLU que ce congrès intervienne auprès du ministre de la Santé, pour que notre Polyclinique médicale populaire soit reconnue comme clinique externe. » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/148. Annexe à la publication « Politique de la FTQ 1960-1967 ». Résolutions adoptées au Congrès de la FTQ, 1967, p. 6. Néanmoins, il ne faut pas nier que des distinctions importantes peuvent exister entre le mouvement syndical et le mouvement populaire, autant dans leur composition sociale (voir le paragraphe suivant dans le corps du texte) qu'aux niveaux organisationnel et idéologique. Certains auteurs comme Jetté (2008) semblent d'ailleurs leur trouver davantage d'oppositions que de points communs. Cependant, comme cela a été précisé en introduction au moment de présenter le cadre théorique, la perspective de classe défendue ici conduit plutôt à considérer que ces oppositions, bien que réelles, sont moins profondes que celles qui séparent la classe capitaliste de la classe des travailleuses et des travailleurs dans son ensemble, dans laquelle sont d'ailleurs inclus ici les deux mouvements syndical et populaire.

québécois[359], c'est en bonne partie – mais pas seulement – la « fraction » de la classe des travailleuses et des travailleurs située « à la marge » des rapports de productions capitalistes qui a eu tendance à s'organiser dans ces groupes ; c'est-à-dire des personnes chômeuses et/ou assistées sociales, ou encore, pour reprendre le langage de l'époque : des « ménagères », c'est-à-dire des femmes dont le travail domestique s'effectue gratuitement à l'extérieur du marché du travail rémunéré[360]. D'ailleurs, les groupes populaires ont, pour la plupart, émergé dans les quartiers populaires désindustrialisés et défavorisés des centres urbains québécois (McGraw, 1978). Il n'est donc pas surprenant qu'ils se soient organisés principalement autour d'enjeux concernant les conditions de vie (aménagement des quartiers, salubrité et disponibilité des logements abordables, santé, ressources alimentaires, qualité de l'environnement, etc.) davantage que les relations de travail.

Une des formes d'organisation privilégiée du mouvement populaire a été celle des comités de citoyennes et de citoyens qui, en plus d'être à la base de nombreux organismes de défense des droits, ont donné naissance à plusieurs types d'organisation autonomes de services, dont les cliniques populaires (Shragge, 1990 ; Shragge et Letourneau, 1987 ; Lamoureux et Lesemann, 1987). Celles-ci émergent à partir de 1967 dans plusieurs quartiers de Montréal et de Québec (Godbout et Martin, 1974), la Clinique des citoyens de Saint-Jacques et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CCPSC) étant des pionnières du mouvement[361]. Fait intéressant, à l'origine

---

[359] Voir les auteurs mentionnés au paragraphe précédent ainsi que Lamoureux *et al.*, (2002) ; Shragge, (1990) ; Shragge et Letourneau, (1987) ; Lamoureux et Lesemann, (1987) ; Godbout et Martin (1974) ; Boivin, (1988) ; et Le Collectif CourtePointe (2006).

[360] Cette composition sociale ressort aussi assez clairement des documents d'archives de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et des sources de seconde main sur les expériences de cliniques populaires (Boivin, 1988 ; Le Collectif CourtePointe, 2006 ; Godbout et Martin, 1974).

[361] Il est intéressant de souligner que le mouvement des cliniques populaires ne s'est pas limité au Québec. D'abord inspiré d'expériences américaines, ce mouvement a également eu un écho dans le reste du Canada. Il a d'ailleurs reçu l'appui de certaines militantes et militants du NPD (fédéral), comme en témoigne la résolution suivante, présentée au congrès du parti de 1971 par l'association Saskatchewan : « ATTENDU que les associations médicales de pratique en groupe et les cliniques communautaires telles celles de Sault-Sainte-Marie, Sa. Catharines, Regina Saskatoon et Prince Albert, ont démontré de façon convaincante qu'il est possible par ce moyen d'assurer des services de santé améliorés tout en

de ces cliniques – et de plusieurs comités de citoyens, groupes de défenses des droits et autre organisations autonomes de services – se trouvent les premières manifestations de « l'animation sociale » et de « l'action communautaire » qui seront éventuellement transposées et « institutionnalisées » dans le modèle des CLSC.

Si les cliniques populaires – ainsi que la plupart des autres types d'organisations autonomes de services – émergent avant tout comme solution pratique à un problème criant de manque de services, c'est notamment à partir de ces expériences alternatives de services socio-sanitaires que s'est approfondie et radicalisée la critique populaire de la médecine libérale amorcée dans le milieu syndical. L'intérêt de cette critique provient non seulement de son caractère particulièrement radical, mais également du fait qu'elle dépasse le simple discours pour s'incarner dans des pratiques et dans des modèles alternatifs de services socio-sanitaires concrets.

Nous présentons ici cette critique telle que développée plus spécifiquement dans le modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CCPSC)[362]. Celle-ci est fondée en 1967 par un groupe d'étudiants (et d'étudiantes ?) en médecine de l'Université McGill qui s'inspiraient d'une brève expérience dans les cliniques populaires américaines des quartiers défavorisées (CCPSC, 1974a). Si l'impulsion du projet trouve son origine à l'extérieur du quartier, il est rapidement investi par les citoyennes et les citoyens de Pointe-Saint-Charles qui, grâce à un mode de gestion radicalement démocratique, pourront s'approprier « leur » Clinique.

économisant ; ATTENDU que le Groupe d'étude fédéral sur le coût des services de santé a identifié plusieurs causes de mauvaise santé auxquelles on peut remédier par les méthodes de pratique médicale en groupe et a recommandé qu'on accorde la plus haute priorité à l'institution de centres communautaires de services de santé ; IL EST RÉSOLU que le présent congrès félicite pour leur travail et leurs constatations ces associations et exhorte le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial à leur accorder appui et assistance ; [...] » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-630 : 02/90. Résolutions présentées au sixième congrès fédéral du Nouveau parti démocratique, 1971, p. 24.

[362] Pour la justification de ce choix méthodologique, voir l'introduction de la thèse, section (0.4.2.3).

C'est donc le point de vue « populaire » sur la santé exprimé dans le modèle de la CCPSC que nous présentons ici. Il est intéressant de souligner que, contrairement aux sections précédentes de ce chapitre, ce point de vue se manifeste ici dans des pratiques alternatives concrètes plutôt que dans des revendications adressées à l'État. Ceci explique d'ailleurs indirectement le fait que cette section ne présente pas la conception du rôle socio-sanitaire de l'État portée par le mouvement populaire. En effet, l'émergence même du modèle alternatif des cliniques populaires témoigne d'une volonté de trouver des solutions autonomes et populaires à ce qui est perçu comme la faillite conjointe de l'État et du secteur privé dans le domaine[363].

Rappelons enfin que nous nous appuyons sur l'expérience des premières années d'existence de la Clinique (1968-1974, qui sont aussi les années qui précèdent et qui chevauchent les débuts de la Réforme des Affaires sociales) et que certains des aspects du modèle tel qu'exposé dans les prochaines pages ont été par la suite modifiés ou abandonnés.

4.3.1 Pour une démystification de la médecine : critique radicale de la médecine libérale

Nous avons vu que le mouvement syndical développe une conception globale, sociale et préventive de la santé qui établit un lien entre les conditions socio-économiques qui

---

[363] Les documents de la CCPSC révèlent également une très forte méfiance à l'égard de l'État. L'exemple le plus probant de cela est certainement le fait que la création des CLSC sera perçue comme une tentative de récupération du modèle des cliniques populaires à laquelle la CCPSC choisira – avec succès – de résister (d'autres cliniques populaires accepteront d'être transformées en CLSC, ce qui sera le cas de la clinique populaire du quartier Saint-Roch à Québec et, plus tardivement, celui de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques, qui ne deviendra un CLSC qu'à la fin des années 1980). Soulignons par ailleurs que comme l'illustre le cas des sociétés ouvrières de secours mutuels (voir *supra*, chapitre 2), ce souci pour une organisation démocratique et autonome des services a des racines profondes au sein du mouvement ouvrier, qui plongent jusqu'au XIXe siècle. De manière plus générale, il correspond aussi aux revendications historiques du mouvement ouvrier en matière de politiques sociales (voir *supra*, chapitre 1).

prévalent dans une société et l'état de santé de la population. C'est d'ailleurs dans cette perspective que les grandes centrales syndicales conçoivent l'enjeu de l'assurance-maladie comme étant intimement lié à l'ensemble du système de sécurité sociale, et même à la politique économique. Par ailleurs, le mouvement syndical développe également une critique de la médecine libérale, qui aboutit notamment à une certaine remise en question du statut des médecins. À l'instar du mouvement syndical, la CCPSC développe une perspective globale, sociale et préventive sur la santé. Cependant, son point de vue se démarque à plusieurs égards de celui des grandes centrales syndicales, et d'abord par son insistance beaucoup plus grande sur les causes sociales de la maladie, qui constituent véritablement le cœur de son discours et de ses pratiques.

Cette place centrale attribuée aux causes sociales de la maladie forme la base d'une critique de la médecine libérale qui sur certains aspects radicalise celle développée par les syndicats[364]. Alors que ceux-ci reprochent essentiellement à la médecine libérale d'être incapable d'assurer l'accès aux soins pour l'ensemble de la population – ce qui est aussi un enjeu important du point de vue de la CCPSC, comme nous le verrons –, c'est à une véritable démystification de la médecine que nous convie la Clinique. Autrement dit, à partir du poids prépondérant accordé aux causes sociales de la maladie, c'est le rôle même joué par la médecine libérale dans l'état de santé de la population qu'elle conteste. Dans cette optique, le projet de démystification de la médecine consiste d'abord à révéler son inadéquation face aux problèmes qu'elle prétend résoudre et, ce faisant, à dissiper l'aura de prestige associé à la profession médicale.

---

[364] Nous verrons plus loin (section 4.3.4) que ce rôle central attribué par la CCPSC aux causes sociales de la maladie s'exprime aussi dans sa conception socio-politique de la prévention et dans ses positions en faveur de la démédicalisation des problèmes sociaux, qui la distinguent également du mouvement syndical.

Le modèle alternatif de la CCPSC s'adosse donc à une critique radicale du modèle prédominant fondé sur la pratique, essentiellement curative, de la médecine libérale, auquel on oppose une conception communautaire de la santé et de la médecine centrée sur les causes sociales de la maladie :

> Une clinique communautaire, ça doit contester la médecine libérale traditionnelle qui est essentiellement clinique c'est-à-dire qui considère que la maladie n'a que des causes organiques, physiologiques, sans liens avec les conditions socio-économiques de notre société : cette médecine-là soigne des maladies et se préoccupe peu de la personne qui reste aux prises avec la société. (CCPSC, 1972, p. 6)

On reproche à la médecine libérale son caractère « individualiste », qui « considère le patient comme un individu diminué, isolé des conditions socio-économiques qui déterminent très largement son état physique et psychologique » (CCPSC, 1972, p. 5). De plus, et la CCPSC rejoint ici en partie le mouvement syndical, on constate que la médecine libérale est inapte à répondre aux besoins d'un quartier comme celui de Pointe-Saint-Charles. Dans ce contexte, on n'hésite pas à remettre en question certains fondements de la médecine libérale comme la liberté professionnelle des médecins (et notamment le libre choix, pour les médecins, de leur lieu de pratique) et le principe du libre choix mutuel entre médecins et patientes et patients :

> une communauté incapable de payer le montant exigé par l'ensemble du corps médicale [*sic*] est une communauté privée de soins, vouée à la charité des quelques médecins à l''âme généreuse'. Dans ce contexte, 'le droit à choisir son médecin', la relation personnelle entre le médecin et 'son' patient qui sont les dogmes de la médecine libérale sont aussi des mensonges. L'expérience a prouvé aux citoyens qu'un médecin s'installe là où ses intérêts personnels et individuels seront les mieux servis et protégés, et non là où les besoins de la communauté sont les plus urgents [...]. (CCPSC, 1972, p. 5)

Dans cette optique, le projet de démystification de la médecine entrepris par la Clinique passe également par une attaque frontale du statut des médecins qui n'est pas sans rappeler celle, peut-être plus timide, amorcée par le mouvement syndical. En effet, la

CCPSC va plus loin que ce dernier lorsqu'elle conteste la place prépondérante accordée au médecin dans le domaine de la santé en soulignant le rôle central des conditions de vie, et particulièrement de la pauvreté et des inégalités sociales, dans l'état de santé des populations. Mais elle rejoint en partie les grandes centrales syndicales lorsqu'elle affirme que dans le système social injuste qui est à la racine de nombreux problèmes de santé, les médecins se situent du côté des privilégiés et des dominants :

> il n'y a aucune raison pour privilégier économiquement le médecin dans notre société : les hauts revenus des médecins ne sont pas basés sur le rôle réel, limité qu'ils jouent dans le processus de santé mais uniquement sur leur appartenance à la classe dominante, qui par un rapport de force maintient des écarts disproportionnés entre les citoyens. (CCPSC, 1973a, section D [s.p.])

Pour la CCPSC, ce n'est donc pas la capacité des médecins à soigner qui explique cette position privilégiée : comme les syndicats, elle considère que c'est plutôt leur capacité à s'organiser en corporation et à contrôler de manière autonome et fermée l'entrée dans la profession qui leur permet de monopoliser le savoir médical et d'ainsi établir un rapport de force qui leur est favorable. En effet, la médecine libérale traditionnelle

> considère le médecin comme le seul détenteur de la connaissance, de la technique, du pouvoir de guérir, comme une sorte de dieu, de sorcier, comme un être infaillible qu'il faut vénérer, aduler, apprivoiser (entre autres avec des salaires fantastiques) au risque de manquer de soins. (CCPSC, 1972, p. 7)

Débordant encore une fois la critique syndicale, la CCPSC souligne de plus comment ce rapport de force s'exprime aussi dans la relation de pouvoir plus intime qui s'établit entre les médecins et leurs patientes et patients. On considère que dans le modèle de la médecine libérale, la patiente ou le patient, dépouillé du pouvoir sur sa propre santé, développe un rapport de dépendance à l'égard du médecin ou de la médecin qui apparaît comme l'unique détentrice du savoir nécessaire à la guérison (CCPSC, 1972, p. 7). C'est notamment ce rapport de pouvoir et de dépendance que la CCPSC souhaite subvertir par une démystification de la médecine qui passe non seulement par un discours critique sur le modèle de la médecine libérale et sur le statut des médecins,

mais aussi par des pratiques qui vont dans le sens d'une déprofessionnalisation de la médecine. En cela aussi, la CCPSC pousse plus loin la critique développée par le mouvement syndical de l'époque.

4.3.2 Pour une déprofessionnalisation de la médecine : remise en question de l'organisation hiérarchique du travail

Nous avons vu que certaines centrales syndicales prennent position en faveur d'une ouverture de la profession médicale à la classe des travailleuses et des travailleurs, notamment par le truchement du financement de la formation médicale. La CCPSC va beaucoup plus loin en promouvant une véritable déprofessionnalisation de la médecine, étroitement liée au projet de démystification de la médecine. Cette prise de position se manifeste concrètement, au niveau des pratiques mises en œuvre à la Clinique, dans une remise en question de l'organisation du travail qui prévaut traditionnellement dans le système de soins : ce sont non seulement les modalités de la division du travail mais aussi le caractère hiérarchique des relations de travail qui sont contestées. En effet, la déprofessionnalisation de la médecine signifie notamment que les diplômes ne justifient pas l'autorité du médecin sur les autres employés. Contre l'organisation hiérarchique du travail, on privilégie le travail d'équipe fondé sur un partage des tâches et du pouvoir décisionnel :

> Ça veut dire : le travail d'équipe, la prise de décision collective où l'on tente d'éliminer la domination d'un individu sur un autre individu (surtout lorsque la domination provient du statut ou du prestige social, de hauts et de gros revenus, du diplôme universitaire [...]), le partage des tâches, le refus de la 'hiérarchisation', du 'chef', du 'boss', de l'expert ou du professionnel comme seul détenteur de la connaissance, de la technique [...]. (CCPSC, 1972, p. 3)

C'est aussi dans cette optique qu'à la CCPSC, les infirmières ont une grande autonomie de pratique (au point de poser des actes légalement réservés aux médecins[365]) et des responsabilités très étendues : ce sont elles qui prennent en charge les patientes et les patients, qui font leur historique et qui décident de les référer ou non au médecin. Dans certains cas, ce sont elles qui posent le diagnostic (Godbout et Martin, 1974).

La déprofessionnalisation et la démystification de la médecine signifient également qu'à l'instar du mouvement syndical, on remet en question la distinction entre les travailleurs et les travailleuses « professionnelles » et « non-professionnelles ». Cette remise en question s'appuie toutefois ici sur une contestation plus profonde de la médecine libérale et du statut professionnel des médecins : on considère qu'« une grande partie du travail concernant la santé n'exige pas d'être médecin » (CCPSC, 1972, p. 7) ; et si la FTQ souhaite démocratiser l'accès à la profession médicale par le financement des études universitaires, la CCPSC favorise « l'accès, pour les citoyens du quartier, à la compétence, à la technique, etc... par des voies autres que les filières traditionnelles et uniques de l'Université et de la Corporation. » (CCPSC, 1973e, p. 4)

C'est dans cette perspective que sont créés de nombreux postes de travailleuses communautaires (il s'agit presque exclusivement de femmes), occupés par des gens du quartier qui reçoivent une formation de quelques semaines à la Clinique. Et si les infirmières accomplissent des tâches qui sont habituellement réservées aux médecins, les travailleuses communautaires se voient confier en partie celles des infirmières : leur rôle étant notamment de faire le lien entre l'état de santé et les conditions de vie des gens du quartier, elles s'occupent entre autres des visites à domicile et de la relance des usagères et des usagers qui ne se présentent pas à un rendez-vous (Godbout et Martin, 1974).

---

[365] Le témoignage de trois infirmières de la Clinique fait état de leur préoccupation à cet égard (CCPSC, 1974b).

La volonté de déprofessionnalisation et de démystification de la médecine s'exprime également dans la politique salariale de la Clinique. Alors que les centrales syndicales n'oseront pas attaquer le mode de rémunération à l'acte durant les années 1960, la politique salariale de la CCPSC implique « l'instauration du salariat pour les médecins (sans la baisse de productivité dont nous menace constamment le corps médical) selon des critères qui visent à réduire les écarts entre les citoyens. » (CCPSC, 1973a, section D [s.p,]) Si les médecins de la Clinique sont, à partir de l'instauration de l'assurance-maladie, officiellement payés à l'acte par la Régie de l'assurance-maladie, ces revenus sont gérés par la Clinique. Celle-ci en remet une partie aux médecins sous forme de salaire, et le reste est versé dans un fonds social qui sert essentiellement à financer d'autres organismes populaires du quartier ainsi que des activités de mobilisation sociale. Par ailleurs, afin de favoriser la réduction des écarts de salaire, les travailleurs et les travailleuses de la Clinique sont payées en fonction de critères qui minimisent l'importance de la formation et des diplômes et qui tiennent compte de la situation sociale de chaque travailleur et travailleuse : notamment, la Clinique adopte le principe du « revenu familial » selon lequel les salaires sont déterminés en partie par les charges familiales du ou de la travailleuse (CCPSC, 1973g, p. 5 ; Le Collectif CourtePointe, 2006)[366].

Enfin, la déprofessionnalisation et la démystification de la médecine impliquent une volonté d'établir de nouveaux types de rapports avec les patientes et les patients. Tout d'abord, le salariat favorise des rencontres significativement plus longues entre ceux-ci et les médecins[367]. De plus, les médecins de la Clinique doivent tenir compte des conditions sociales des patients et des patientes et, si nécessaires, les référer aux autres

[366] Bien qu'on instaure à la CCPSC le salariat pour les médecins et que les écarts de salaires sont sensiblement réduits, certaines cliniques populaires vont encore plus loin : la Clinique des citoyens de St-Jacques instaure l'égalité salariale complète entre tous ses travailleurs et travailleuses, y compris les médecins (CCPSC, 1971-1973).

[367] Les comparaisons établies à l'époque par Martin et Godbout (1974) confirment cette tendance : selon eux, les patientes et les patients des CLSC et des cliniques communautaires sont vus en moyenne plus de vingt minutes par rencontre, contre moins de dix minutes en moyennes dans les cliniques privées.

membres du personnel (organisateurs ou organisatrices communautaires, travailleuses communautaires) (Le Collectif CourtePointe, 2006, p. 104).

Mais surtout, on souhaite l'établissement de rapports égalitaires non seulement entre les travailleurs et travailleuses de la Clinique, mais aussi entre les travailleuses et travailleurs (dont les médecins) et les patientes et patients. On cherche à redonner du pouvoir à ces derniers, notamment en revalorisant leurs savoirs et leurs compétences concernant leur propre santé. Dans cette optique, la Clinique prône un partage des connaissances avec les patientes et les patients et une relation moins hiérarchisée entre ceux-ci et les médecins. Anna Kruzynski et Isabelle Drolet rapportent, dans un ouvrage sur l'histoire de la Pointe-Saint-Charles (Le Collectif CourtePointe, 2006), les propos d'une ancienne travailleuse de la Clinique qui témoigne d'une rencontre – en tant que patiente – avec un médecin :

> Le médecin cherchait ce que j'avais et il ne trouvait pas ! Il me dit : 'Je le sais pas, ce que vous avez.' Il me mettait dans une insécurité totale ! Les médecins donnaient toujours l'impression qu'ils savaient tout ! Mais à la Clinique, ils voulaient briser ça. Ils disaient : 'La médecine, c'est une science inexacte. On sait pas tout et on va le dire au monde, pis on va chercher avec le monde !' Alors il me dit : 'Ça pourrait être ça, ou ça pourrait être ça ; lis donc ça, et on en reparlera.' Après mes lectures, j'ai revu le médecin et je lui ai dit : 'Je pense que j'ai une mononucléose. – OK, on va faire une prise de sang.' Le lendemain, il m'appelle : 'Docteur Soutière [il s'agit du témoignage de Michèle Soutière], vous aviez raison !' (p. 105)

Mais au-delà des tentatives – pas toujours réussies[368] – de transformer la relation clinique elle-même, on considère que la déprofessionnalisation et la démystification de la médecine passent d'abord par sa démocratisation, entendue non pas comme la démocratisation de l'accès aux soins de santé ou à la profession médicale, mais plutôt comme la soumission des professionnels et des professionnelles au pouvoir citoyen.

---

[368] Les archives de la CCPSC font état des difficultés chroniques rencontrées par les médecins de la Clinique pour revoir radicalement leurs pratiques dans un contexte de vulnérabilité d'une population défavorisée.

On constate donc qu'ici aussi, le mouvement des cliniques populaires ira plus loin que les syndicats dans sa remise en question du modèle médical prédominant. En effet, si ceux-ci revendiquent une participation paritaire à la gestion du futur régime étatique d'assurance-maladie ainsi qu'une voix consultative au niveau d'un éventuel ministère de la sécurité sociale, ils n'iront pas jusqu'à demander la démocratisation de la gestion des établissements socio-sanitaires, ce que la CCPSC mettra pour sa part en pratique[369].

4.3.3 Pour une démocratisation de la médecine : le pouvoir aux citoyennes et aux citoyens

Concrètement, sa volonté de démocratisation de la médecine s'incarne à la CCPSC dans un mode de gestion radicalement démocratique. Autrement dit, on tente, par le biais des structures formelles, de réaliser un transfert de pouvoir réel des professionnels et des professionnelles vers les citoyens et les citoyennes et, inversement, une réduction de la dépendance des secondes à l'égard des premières. Plus largement, on souhaite que la prise en charge citoyenne des services contribue aussi à la déprofessionnalisation et à la démystification de la médecine : les citoyens et citoyennes étant responsables de la gestion et de la définition des orientations de la Clinique, on espère favoriser la transformation des rapports (et notamment des rapports de pouvoir) entre les professionnels et professionnelles de la santé (y compris les médecins) et les citoyens et citoyennes.

---

[369] À cet égard, si la revendication syndicale concernant l'organisation de la médecine extra-hospitalière au sein d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires a pu inspirer certains aspects du modèle des CLSC, tout indique que la dimension participative de celui-ci s'est davantage inspirée du modèle des cliniques populaires. Précisons néanmoins qu'au moment où le projet de loi sur la réorganisation du système socio-sanitaire (et qui crée les CLSC) sera débattu, le mouvement syndical se joindra au mouvement populaire pour réclamer avec vigueur un élargissement de la participation populaire aux conseils d'administration des établissements prévue dans le projet de loi. À ce sujet, voir le chapitre 6.

Ainsi, la CCPSC est gérée par un conseil d'administration (CA) composé de onze membres dont dix citoyennes et citoyens et un membre du personnel (sans distinction entre travailleurs ou travailleuses professionnelles et non-professionnelles). Les citoyennes et citoyens membres du CA ne doivent pas faire partie du personnel de la Clinique, ils doivent être représentatifs des gens du quartier (composé dans sa grande majorité de personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés) et ils doivent être ou avoir été impliqués dans les organismes du quartier (CCPSC, 1973g, p. 3). Le mandat des membres du CA est court et ne peut être renouvelé[370]. Le CA choisi un directeur ou une directrice sans droit de vote au conseil. Notons qu'il n'y a pas de comité exécutif puisque le CA est considéré non pas comme un organe décisionnel, mais comme étant lui-même l'exécutant des décisions prises en assemblée générale (CCPSC, 1974a, p. 4).

En effet, les membres du CA sont élus par une assemblée générale (AG) des citoyennes et des citoyens considérée comme souveraine, c'est-à-dire que ses décisions sont exécutoires et qu'elle peut révoquer toute décision prise par le CA. Toutes les citoyennes et les citoyens du quartier, et non pas seulement les usagers de la Clinique, peuvent participer (avec droit de vote) aux assemblées. C'est l'AG qui prend les décisions concernant les grandes orientations de la Clinique ainsi que le budget (et donc les salaires) : « C'est l'assemblée générale qui décide de l'orientation de la clinique, des services, de l'accent à mettre sur les divers aspects médicaux, sociaux, éducationnels, sur la sensibilisation des citoyens, leur information, leur participation. » (CCPSC, 1974a, p. 4) Le CA doit convoquer au moins trois AG par années concernant ces questions, et une autre pour les élections.

La participation des citoyennes et des citoyens se traduit également par la création de toutes sortes de comités dans lesquels ils sont appelés à s'impliquer. Ainsi, par le biais

[370]Au départ, les membres sont élus pour un an, mais le roulement étant trop rapide pour se familiariser avec le fonctionnement de la Clinique, le mandat sera éventuellement prolongé d'une année.

du comité de négociation, des citoyennes et des citoyens ont directement pris part aux négociations avec le ministère des Affaires sociales concernant l'intégration de la Clinique dans le réseau des CLSC. De façon encore plus significative, ce sont des citoyennes et des citoyens qui, par leur participation au comité de sélection, sont responsables de l'embauche du personnel de la Clinique, y compris des médecins :

> Pour travailler à la clinique communautaire, les médecins comme les autres doivent passer le test du comité de sélection, composé de citoyens du quartier et d'un membre de la profession. Ce qu'ils exigent de nous, c'est surtout un éveil social : c'est le plus important pour eux. (Témoignage d'un médecin, tiré de CCPSC, 1974a, p. 18)

À la CCPSC, la remise en question de la relation de dépendance des patientes et des patients envers les professionnelles et professionnels passe donc en bonne partie par un mode de gestion qui permet aux premiers d'acquérir un réel pouvoir sur les seconds et, de ce fait, sur leur propre santé. En cela, le caractère démocratique de la Clinique contribue à son projet de démystification et de déprofessionnalisation de la médecine. Mais plus profondément, on considère que cette démarche « d'*empowerment* » des citoyennes et des citoyens est indissociable d'une démarche plus large de démédicalisation des problèmes sociaux et de politisation de la maladie.

4.3.4 Pour une démédicalisation des problèmes sociaux et une politisation de la maladie : conception socio-politique de la prévention

Nous avons vu que le projet de démystification de la médecine défendu par la CCPSC passe par une remise en question de l'importance des soins médicaux dans l'état de santé des personnes et par une forte insistance sur les causes sociales de la maladie. En cela, elle rejoint d'ailleurs sous plusieurs aspects le point de vue développé par le mouvement syndical en matière de santé, avec lequel elle partage aussi une préoccupation prioritaire pour la prévention des maladies. Toutefois, la Clinique va

plus loin que les centrales syndicales en développant une critique de la médicalisation des problèmes sociaux, c'est-à-dire de la réduction des problèmes sociaux (pauvreté, logements insalubres, conditions de travail, etc.) à des problèmes sanitaires pouvant être traités par des soins médicaux. Cette critique s'exprime non seulement dans des campagnes soutenues contre la surconsommation de médicaments (CCPSC, 1974a, p. 12), mais aussi dans sa conception socio-politique de la prévention :

> les Cliniques Populaires ont développé une conception de la prévention qui dépasse de beaucoup l'immunisation et le dépistage des maladies : il s'agit, dans les Cliniques Populaires de s'attaquer aux causes des maladies i. e. aux mauvaises conditions de la vie (logement, travail, alimentation, éducation, etc...) et au système d'exploitation dans lequel nous vivons, qui perpétue ces mauvaises conditions de vie. (CCPSC, 1973c, p. 2)

Cette conception de la prévention repose sur une analyse qui relie les causes de la maladie aux conditions de vie et à la pauvreté, elles-mêmes enracinées dans un système social injuste[371]. Dans cette optique, l'action contre les causes de la maladie – la prévention – doit être conçue avant tout comme une action sur les causes *sociales* de la maladie. De plus, une telle action ne peut se limiter à la charité, au bénévolat et à l'entraide, même si ces initiatives permettent de changer ponctuellement certaines conditions particulières pour certaines familles :

> Ces conditions qui créent la maladie 'sont importantes individuellement mais elles doivent être compris [*sic*] comme étant différents aspects d'un même problème. Un meilleur logement, une meilleure éducation ou sécurité d'emploi ou n'importe laquelle de ces conditions considérée séparément aura un effet très limité sur la santé.' (CCPSC, [s.d.]b)

[371] Pour alimenter sa réflexion sur cette question, la Clinique a commandé une enquête sur les conditions de vie et les problèmes de santé à Montréal, avec une insistance particulière sur la situation du quartier. Cette enquête, réalisée en 1972 par Jack Siemiatycki et intitulée « Les conditions de vie et la santé », a fait l'objet de nombreuses discussions et analyses au sein de la Clinique (voir notamment CCPSC, [s.d.]b ; 1973d ; 1973h).

La prévention doit donc prioritairement s'attaquer aux véritables responsables du problème (notamment les entreprises capitalistes, avec la complicité de l'État) et passer par la mobilisation sociale des citoyennes et des citoyens et par des revendications politiques visant une transformation globale de ces conditions de vie :

> Un programme de prévention, dans une clinique communautaire [...] ce sera d'abord et avant tout l'organisation d'une action collective face aux mauvaises conditions de logement, aux conditions de travail, aux problèmes d'environnement, à la situation de l'éducation (ex : plusieurs 'maladies nerveuses' sont guéries par la participation dans la vie du quartier plutôt que par les pilules pour les 'nerfs' [...]. Une clinique communautaire, ce n'est donc pas uniquement un lieu où l'on distribue des soins, mais le point de départ d'une action collective dans le quartier. Une clinique communautaire ne peut donc pas travailler de façon isolée mais en étroite collaboration avec tous les groupes populaires qui travaillent à changer la société. (CCPSC, 1972, p. 6)

C'est dans cette perspective que sont créés des postes d'organisateurs et d'organisatrices communautaires, dont le mandat est de favoriser la réflexion sociale et politique au sein de la Clinique, le développement d'actions collectives dans le quartier ainsi que la création et le maintien de liens avec les autres organismes populaires et communautaires[372]. C'est dans cette perspective également qu'une partie des fonds de la Clinique – qui proviennent à l'époque en bonne partie, rappelons-le, des revenus versés par la RAMQ aux médecins de la Clinique – sert à financer certains

---

[372] Avec la création des postes de travailleuses communautaires, celle des postes d'organisatrices et organisateurs communautaires met en pratique un aspect du modèle de polyclinique proposé par les syndicats, à savoir l'intégration de services de santé et de services sociaux dans un établissement de première ligne. On attribue généralement (à tort) aux seules cliniques populaires cette innovation reprise par la suite dans le modèle des CLSC. Les créateurs et créatrices des CLSC se sont probablement inspirées aux deux sources puisque la revendication syndicale est exprimée dans des mémoires soumis à la CESBES et que les commissaires étaient par ailleurs informés de l'expérience des cliniques populaires. Par contre, le fait que *l'action communautaire* soit devenue une partie intégrante du modèle des CLSC ne trouve pas d'écho dans les revendications syndicales des années 1960. Si cette particularité du modèle des CLSC peut être comprise dans les suites des expériences précédentes de recours gouvernemental à ce qu'on appelait à l'époque « l'animation sociale » (pensons notamment à l'épisode du Bureau d'aménagement de l'est du Québec, amorcé en 1963), elle est aussi fort probablement liée à l'exemple donné par les cliniques populaires. Nous reviendrons sur l'influence des mouvements syndical et populaire sur la Réforme des Affaires sociales et le modèle initial des CLSC aux chapitres 5 à 7.

de ces organismes et de ces actions collectives. À la médicalisation des problèmes sociaux, la Clinique oppose donc la *politisation de la maladie* :

> Il ne s'agit pas juste de donner une piqûre, de fournir des pilules, de guérir un mal de ventre, etc. IL FAUT CHANGER LES CONDITIONS DE VIE INJUSTES DANS LESQUELLES LES GENS VIVENT : c'est ça le plus important. [...] Alors la Clinique doit s'engager aux côtés de tous ceux qui, dans notre quartier et ailleurs au Québec, travaillent à changer ces injustices. (CCPSC, 1973d, p. 10)

4.4 Conclusion

Durant les années 1960 s'expriment clairement, à la faveur des débats entourant l'assurance-maladie et les travaux de la CESBES, les points de vue des classes capitalistes et laborieuses en matière de santé. Ces points de vue concernent non seulement l'enjeu central de l'assurance-maladie, mais aussi celui de l'organisation du système de santé qui, dans l'éventualité d'une prise en charge financière accrue des soins de santé par l'État, apparaît également comme incontournable. Plus largement, c'est bien sûr le rôle socio-sanitaire de l'État qui est ici en question.

Sur tous ces enjeux, c'est d'abord le caractère antagonique et irréconciliable des points de vue de classe présentés ici qui ressort le plus clairement des documents analysés. La cohérence de ces points de vue avec les grands principes qui gouvernent les points de vue de classe en matière de politiques sociales (voir *supra*, chapitre 1) est aussi frappante. Ainsi, alors que le mouvement syndical conçoit la santé dès les années 1940-1950 dans une perspective sociale, comme un *droit* et comme une responsabilité collective, la classe capitaliste la voit avant tout comme une responsabilité individuelle. De ce point de vue, le droit à la santé et aux soins médicaux, s'il est reconnu, est conçu d'une manière restreinte : il est limité par les capacités financières de la province et,

comme pour la prévention des accidents et maladies professionnels, par les exigences de compétitivité qui pèsent sur son économie.

De même, contrairement au mouvement syndical qui revendique à partir de la fin des années 1950 une assurance-maladie étatique obligatoire et universelle en remplacement de l'assistance publique jugée humiliante et incompatible avec le principe du droit à la santé, le milieu des affaires rejette encore unanimement ce projet à la fin des années 1960 ; il privilégie plutôt diverses variantes d'un régime d'assistance résiduel réservé aux personnes les plus démunies et fondé sur un test des besoins. À cet égard, on observe d'ailleurs un contraste important entre la grande continuité historique dans le point de vue de la classe capitaliste, qui défend à la fin des années 1960 une position très semblable à celle des années 1930 et 1940 en matière d'assurance-maladie, et l'évolution significative du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs sur cette question, qui va dans le sens d'une demande croissante et de plus en plus décomplexée d'intervention étatique.

En effet, ces points de vue opposés quant à l'assurance-maladie s'articulent également à des visions antinomiques du rôle socio-sanitaire de l'État. La classe capitaliste défend devant la CESBES une conception supplétive de l'État, qui ne doit intervenir que pour pallier aux défaillances du secteur privé, considérées mineures dans le secteur de l'assurance-maladie. À l'opposé – et surmontant définitivement sa méfiance à l'égard de l'intervention de l'État durant les années 1960 –, le mouvement syndical lui attribue un rôle de plus en plus important : à partir du milieu de la décennie, il revendique clairement une intervention large, systématique et cohérente de la part de l'État non seulement en matière de santé, mais également en matières sociale et économique, l'assurance-maladie étant conçue dans une perspective globale et donc comme indissociable de telles mesures.

C'est aussi en cohérence avec ces conceptions contraires du rôle de l'État que sont développés les points de vue des classes capitalistes et laborieuses sur l'organisation

du système de soins. Du côté de la classe capitaliste, et conformément à sa vision supplétive du rôle de l'État, on constate d'abord une défense vigoureuse du caractère privé des hôpitaux et des autres institutions du secteur de la santé (industrie pharmaceutique, compagnies d'assurance, secteur de la recherche biomédicale). De même, bien que le sujet ne soit pas explicitement mentionné, les prises de positions favorables à la médecine libérale et l'absence totale d'intérêt pour le développement d'un réseau de cliniques de proximité (aucune mention n'est faite à ce sujet) indiquent que la classe capitaliste est plutôt satisfaite de la médecine familiale traditionnelle et individualiste pratiquée en cabinets privés.

Toutefois, malgré le rôle limité qu'il attribue à l'État, le milieu des affaires lui reconnaît certaines responsabilités dans le domaine de la santé. Or, les recommandations qu'il développe à cet égard suggèrent une vision du système de soins centrée sur les établissements hospitaliers et sur la recherche, et donc sur la médecine spécialisée. Autrement dit, et bien que la prévention soit mentionnée comme prioritaire par certains regroupements du monde des affaires, la classe capitaliste semble favoriser, au niveau de l'organisation des soins de santé, un système hospitalo-centrique axé sur la médecine curative[373]. Il est d'ailleurs intéressant que le souci central pour la réduction des coûts ne s'accompagne pas, dans ces mémoires, d'une remise en question sérieuse de la médecine coûteuse telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux. Seule l'AMC se prononce clairement en faveur d'une intervention de l'État dans la coordination des activités médicales, mais elle préconise par ailleurs une organisation du système de soins qui s'articulerait pour l'essentiel autour des établissements hospitaliers, dont il s'agirait d'élargir le mandat pour éviter les hospitalisations inutiles.

Du côté du mouvement syndical se développe au contraire, dès la fin des années 1950, une vision critique des tendances hospitalo-centriques du système de soins : on conteste

---

[373] Tout comme pour ses positions en matière d'assurance-maladie, on peut constater une continuité historique entre cette vision de l'organisation du système de soins et la promotion de la médecine scientifique hospitalière, curative et individualiste par la classe capitaliste de la fin du XIX siècle.

le recours souvent inutile aux soins hospitaliers coûteux, conséquence du régime privé d'assurance maladie et, plus tard, des limites de l'assurance-hospitalisation ; on s'insurge également contre le développement « irrationnel » – c'est-à-dire non conforme aux besoins réels – des installations et équipements hospitaliers, développement qui dépend d'« initiatives privées » anarchiques plutôt que d'une planification d'ensemble. Bien qu'on hésite à contester frontalement la place de ces « initiatives privées » et du caractère privé de la pratique médicale (et ce, même si on rejette désormais vigoureusement l'industrie privée de l'assurance maladie), on plaide pour une réforme majeure non seulement du système hospitalier, mais également de la pratique médicale extra-hospitalière.

En effet, alors que la classe capitaliste se porte à la défense des principes fondamentaux de la médecine libérale, le mouvement syndical la remet en question, contestant le statut des médecins et l'efficacité de la pratique prédominante en cabinets privés. Dans cette optique, on souhaite voir se réaliser une certaine « socialisation » de cette médecine individualiste par une réorganisation de la médecine de première ligne autour d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires axées sur la pratique de groupe. On espère ainsi contribuer à faciliter l'accès aux soins et rationaliser la pratique médicale et l'organisation du système de soins, notamment en permettant de réduire l'engorgement inutile des hôpitaux. Par l'expérience du modèle alternatif des cliniques populaires, qui incarne sous certains aspects le modèle de polyclinique imaginé par les syndicats, le mouvement populaire radicalise quant à lui cette critique de la médecine libérale : à partir d'une conception de la santé communautaire véritablement centrée sur les causes sociales de la maladie, on tente de mettre en œuvre un projet de démystification, de déprofessionnalisation et de démocratisation de la médecine devant conduire à une démédicalisation des problèmes sociaux et à une politisation de la maladie.

Le contraste est d'ailleurs frappant entre le caractère très ciblé des mémoires du milieu des affaires, qui se concentrent exclusivement sur l'assurance-maladie et le système de soins, et l'approche de la classe des travailleurs et travailleuses qui, loin de limiter sa vision de la santé aux soins curatifs, développe un point de vue global, social et préventif sur la question. Cette approche conduira le mouvement syndical à inscrire l'enjeu de l'assurance-maladie dans une réflexion large englobant non seulement l'organisation du système de soins, mais aussi l'ensemble du système de sécurité sociale. C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'il faut comprendre sa recommandation visant à intégrer les services de santé, les services sociaux et la sécurité du revenu au sein d'un seul ministère de la sécurité sociale. De même, on peut penser que c'est aussi son approche préventive, sociale et globale qui conduira le mouvement syndical à concevoir son modèle de polyclinique comme devant intégrer services de santé et services sociaux (ce qui deviendra d'ailleurs un des traits distinctifs du modèle des CLSC).

Du côté de la CCPSC, on appréhende la santé et la maladie comme une question socio-politique qui déborde clairement le domaine des soins médicaux et qui concerne fondamentalement « les conditions de vie injustes dans lesquelles les gens vivent » (CCPSC, 1973d, p. 10). Dans cette optique, l'accent est mis sur une conception large de la prévention qui préconise avant tout l'action collective sur les causes sociales de la maladie, notamment par le biais de mobilisations socio-politiques visant la transformation des conditions de vie malsaines. Ce souci prédominant pour la prévention, qu'on retrouve aussi, mais dans une moindre mesure, dans le mouvement syndical, tranche avec l'intérêt limité de la classe capitaliste pour la question. Si certaines associations représentant le milieu des affaires mentionnent le développement d'une politique de prévention comme prioritaire, le sujet est généralement peu développé, sauf par l'AMC pour qui la prévention semble toutefois renvoyer essentiellement à des « programmes d'éducation en hygiène préventive » (AMC, 1967,

p. 8), et donc à des mesures visant non pas la transformation des conditions sociales génératrices de maladies, mais plutôt la modification des habitudes de vie individuelles.

Ceci n'est d'ailleurs pas sans rappeler l'attitude de la bourgeoisie du XIXe siècle face à l'enjeu de la santé publique : alors que certaines grandes fondations bourgeoises sont à l'origine de plusieurs initiatives en la matière et que les premières interventions étatiques en faveur de l'immunisation face aux maladies infectieuses peuvent être attribuées aux pressions d'une « fraction éclairée » de la classe capitaliste, le « mouvement hygiéniste » de l'époque se butera par ailleurs fortement aux résistances de la bourgeoisie lorsqu'il s'agira d'intervenir sur les conditions de vie insalubres de la classe des travailleuses et des travailleurs, de telles interventions menaçant ses intérêts économiques ou même, dans certains cas, ses intérêts plus fondamentaux comme le droit de propriété.

Dans cette même perspective, la conception socio-politique de la prévention défendue par la CCPSC peut également être mise en contraste avec l'attachement historique de la classe capitaliste pour la médecine scientifique curative et individualiste qui, comme le soulignent Berliner et Navarro, a l'avantage d'offrir des solutions médicales, techniques et dépolitisées aux problèmes sociaux engendrés par le capitalisme. À cet égard, l'incompatibilité entre les intérêts fondamentaux de la bourgeoisie et une conception de la prévention centrée sur les causes sociales de la maladie transparaît plus clairement que jamais dans le discours et les pratiques de la CCPSC, qui vise la démédicalisation des problèmes sociaux et qui voit dans l'exploitation et les injustices sociales une des racines fondamentales de la maladie.

La première partie de la thèse a permis d'analyser et de comparer les points de vue des classes capitalistes et laborieuses en matière de santé, avec une insistance particulière sur l'évolution historique de ces points de vue au Québec. Elle a également été l'occasion d'adopter une perspective historique large susceptible de rendre visible les rapports de classe à l'œuvre derrière plusieurs des facteurs généralement considérés

comme importants dans l'histoire des CLSC, et notamment : la domination de la médecine scientifique curative et individualiste ; le caractère hospitalo-centrique du réseau socio-sanitaire ; la puissance qui en découle pour les acteurs et actrices dominantes du système de soins que sont la profession médicale et les établissements hospitaliers ; et, comme on a pu l'entrevoir dans le présent chapitre, l'idéologie des « réformateurs et réformatrices éclairées » auxquelles on attribue souvent la paternité ou la maternité du modèle des CLSC. Autrement dit, cette démarche a permis de « faire voir », dans une perspective dialectique, les rapports sociaux – ici les rapports de classe – qui sont constitutifs de facteurs la plupart du temps considérés comme « donnés », « objectifs » et/ou « structurels ».

S'amorce avec la seconde partie de la thèse l'analyse plus spécifique de l'histoire des CLSC. Il s'agira de voir comment se situe et comment évolue ce modèle relativement aux points de vue classe présentés en première partie. Mais surtout, il s'agira de voir dans quelle mesure l'évolution des rapports de force entre les classes capitaliste et laborieuse au XXe siècle, et particulièrement durant les années 1960 et 1970, peut contribuer à expliquer d'une part la naissance d'un modèle comme celui des CLSC au Québec (et pas ailleurs), et d'autre part sa remise en question rapide à partir du milieu des années 1970.

PARTIE 2

RAPPORTS DE CLASSE ET HISTOIRE DES CLSC

CHAPITRE 5

LA COMMISSION SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL ET LE MODÈLE DES CENTRE LOCAUX DE SANTÉ (1967-1970)

À l'occasion de la Conférence fédérale-provinciale de 1965, le gouvernement fédéral propose aux provinces la création d'un programme d'assurance maladie à frais partagés[374]. Le gouvernement québécois refusera jusqu'à la fin des années 1960 une telle intervention du gouvernement fédéral dans une juridiction de compétence provinciale. Néanmoins, suite à cette conférence, le gouvernement libéral de Jean Lesage s'engage à créer, au cours de l'année suivante, un plan partiel d'assurance maladie et mandate un comité de recherche présidé par Claude Castonguay pour étudier la question : le Comité de recherches sur l'assurance-santé (Taylor, 1972, p. 215). La défaite du Parti libéral du Québec aux élections de juin 1966, qui consacre le retour au pouvoir de l'Union nationale alors dirigée par Daniel Johnson, signifie la mise en suspens du projet d'assurance maladie. Toutefois, le nouveau gouvernement instaure en novembre 1966 une commission d'enquête en remplacement du Comité de recherches sur l'assurance-santé : la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

---

[374] Le programme sera officiellement créé par une loi en juillet 1966. Toutefois, son entrée en vigueur, prévue pour juillet 1968, sera retardée par le peu d'empressement des provinces à adhérer au programme. En effet, au 1er juillet 1968, seules trois provinces (Terre-Neuve, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique) acceptent d'y participer (Taylor, 1972, p. 221-222).

Présidée elle aussi par Claude Castonguay, cette commission se voit attribuer un mandat considérablement élargi par rapport à celui prévu pour le comité de recherche instauré par le gouvernement précédent[375]. En effet, elle est

> chargée de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social, et, sans restreindre son mandat, en particulier sur les questions relatives : a) à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social ; b) à l'assurance hospitalisation telle qu'actuellement appliquée ; c) à l'établissement de l'assurance-maladie ; d) à l'acte médical ainsi qu'à l'évolution de l'activité médicale et paramédicale ; e) aux mesures d'aide social et à leur développement ; f) à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social ; g) aux mesures d'hygiène et de prévention ; h) aux effectifs médicaux et paramédicaux ainsi qu'à l'équipement ; i) à l'enseignement et à la recherche ; le tout en fonction des besoins de la famille et des individus.[376]

Les travaux de la Commission seront donc considérables. Ils s'étendront sur cinq années (1967-1972) et aboutiront à la publication d'un rapport en sept volumes couvrant les thèmes suivants : l'assurance-maladie (volume 1) ; les médecins internes et résidants (volume 2) ; le développement (volume 3, 2 tomes) ; la santé (volume 4, 4 tomes) ; la sécurité du revenu (volume 5, 3 tomes) ; les services sociaux (volume 6, 2 tomes) ; les professions et la société (volume 7, tome 1) ; et les établissements à but lucratif (volume 7, tome 2). Les travaux de la CESBES s'appuieront sur l'expertise de plusieurs spécialistes (qui produiront près d'une trentaine d'études publiées en annexe du rapport) ; sur environ 150 mémoires soumis par des groupes concernés de près ou de loin par ces enjeux ; et sur plusieurs voyages, dont un en Europe visant à étudier les systèmes d'assurances sociales de plusieurs pays : la Grande-Bretagne, la Suède, la France et la Tchécoslovaquie (Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 52).

---

[375] Lesemann fait l'hypothèse que cet élargissement du mandat était une stratégie pour reporter l'adoption de l'assurance-maladie (1981, p. 94). Néanmoins, le gouvernement demandera à la Commission de prioriser la publication du rapport sur l'assurance-maladie, ce qui sera fait dès 1967.

[376] Arrêté en conseil 2046, *CONCERNANT la création d'une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (non publié dans la Gazette officielle), reproduit dans CESBES (1967, p. IX).

Il ne fait aucun doute que les travaux de la CESBES auront une influence décisive sur la Réforme des Affaires sociales qui donnera naissance aux CLSC. En effet, au moment des élections provinciales de 1970, Claude Castonguay quitte son poste à la tête de la Commission pour se présenter comme candidat sous la bannière du PLQ, alors dirigé par Robert Bourassa[377]. Élu en même temps que son parti accède au gouvernement, il sera nommé ministre de la Santé et présidera à la mise en œuvre de cette réforme et à la création des CLSC. En cela, le modèle des Centres locaux de santé introduit dans le rapport de la CESBES peut être considéré comme la première formulation « officielle » de ce qui deviendra quelques mois plus tard le modèle des CLSC.

Il s'agira dans ce chapitre de présenter le modèle des CLS tel qu'imaginé par la Commission. À partir d'une analyse des volumes sur l'assurance-maladie et sur la santé du rapport de la CESBES (1967 ; 1970a ; 1970b ; 1970c ; 1970d), cette démarche sera aussi l'occasion de dresser un portrait du point de vue sur la santé des acteurs et des actrices politiques qui présideront à la mise en œuvre de cette réforme et de voir dans quelle mesure ce point de vue se rapproche (ou s'éloigne) de celui du milieu des affaires d'une part, et de celui des travailleuses et travailleurs d'autre part. Dans cette optique, il convient, avant d'en arriver plus directement au modèle des CLS, de présenter le point de vue sur la santé qui se dégage du rapport de la CESBES et de comparer cette vision avec les points de vue de classe présentés dans la Partie 1. Cette démarche est d'autant plus essentielle qu'on peut considérer que le point de vue de la CESBES est aussi celui qui guidera les réformatrices et réformateurs qui œuvreront au sein du ministère des Affaires sociales au moment de la Réforme des Affaires sociales. Autrement dit, c'est le « cadre idéologique » posé par la CESBES et à partir duquel sera mise en œuvre cette réforme (et conçu le modèle des CLSC) qu'il s'agit de présenter ici.

---

[377] À partir du moment où Castonguay abandonne son poste à la tête de la CESBES, sa présidence échoira à Gérard Nepveu, jusqu'alors secrétaire de la Commission.

5.1 Point de vue de la CESBES sur la santé

Un premier constat ressort clairement de l'analyse du rapport de la CESBES : la parenté entre le point de vue de la CESBES en matière de santé et celui du mouvement syndical est tout à fait frappante. Nous verrons en effet qu'à tous les niveaux – conceptions du rôle socio-sanitaire de l'État, de la sécurité sociale, de la santé, de l'assurance-maladie, de la médecine et de l'organisation du système de soins –, le point de vue des commissaires correspond en bonne partie à celui exprimé par les grandes centrales syndicales durant les années 1960. Toutefois, si la comparaison du rapport de la CESBES avec les positions syndicales révèle des similitudes évidentes, sa comparaison avec : 1) la conception de la santé incarnée dans le modèle des cliniques populaires et 2) le point de vue de la classe capitaliste tel qu'exprimé par le milieu des affaires devant la CESBES nous oblige à nuancer ce premier constat.

En effet, lorsque rapporté au modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (CCPSC), certaines limites importantes par rapport au point de vue de la classe des travailleurs et travailleuses apparaissent dans le point de vue des commissaires : malgré une critique très vigoureuse de la médecine traditionnelle, individualiste et essentiellement curative, la CESBES n'ira pas jusqu'à défendre une déprofessionnalisation de la médecine, une démocratisation complète de la gestion des établissements de santé et une conception socio-politique de la prévention. Nous avons pu constater au chapitre précédent que ces limites sont aussi, en bonne partie, celles du point de vue syndical durant les années 1960, du moins tel qu'il s'exprime dans les mémoires soumis à la CESBES. Cependant, nous verrons plus loin (voir *infra*, chapitres 6 et 7) que le point de vue du mouvement syndical se radicalisera et convergera sous plusieurs aspects avec celui du mouvement populaire à la fin des années 1960 et durant la première moitié des années 1970, comme le montreront les

prises de positions des centrales syndicales autour du projet de loi 65 et l'expérience des premières années d'implantation du modèle des CLSC.

On ne peut pas en dire autant du point de vue des commissaires de la CESBES, qui connaissent pourtant le modèle de la CCPSC depuis sa fondation[378]. Alors qu'une partie importante de l'équipe de la Commission se retrouvera au ministère des Affaires sociales à partir de 1970, nous pourrons constater qu'à aucun moment celui-ci n'adhérera aux aspects les plus radicaux du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs (voir *infra*, chapitres 8 et 9). Au contraire, il aura même tendance à résister activement, surtout à partir du milieu des années 1970, aux tentatives des milieux syndicaux et populaires pour les incarner dans le modèle des CLSC lui-même.

Ces divergences entre le point de vue des réformatrices et des réformateurs et celui de la classe des travailleuses et des travailleurs trouvent un éclairage particulier lorsque le rapport de la CESBES est *aussi* comparé au point de vue de la classe capitaliste. Évidemment, considérant d'une part la parenté entre les points de vue du mouvement syndical et de la CESBES, et d'autre part le caractère antinomique des points de vue de classe présentés dans la Partie 1, c'est d'abord le fossé majeur entre les revendications du milieu des affaires et les recommandations de la CESBES qui saute aux yeux. Néanmoins, une analyse plus poussée permet de constater certaines convergences entre le point de vue des commissaires et celui de la classe capitaliste. Ces convergences, même si elles sont limitées, sont importantes puisqu'elles renvoient notamment à une certaine conception des contraintes économiques qui pèsent sur les possibilités de réforme, contraintes elles-mêmes généralement considérées comme un facteur décisif dans l'évolution subséquente du modèle des CLSC.

---

[378] Le premier rapport sur l'assurance-maladie, publié en 1967, en fait mention (CESBES, vol. 4.1, p. 122) et Claude Castonguay a confirmé en entretien que le modèle des cliniques populaires était bien connu de l'équipe de la Commission (Entretien 9).

Le point de vue de la CESBES sur la santé est d'abord exposé dans le volume 1 de son rapport, publié en 1967 et consacré à l'assurance-maladie. Nous nous attarderons davantage, dans un premier temps (section 5.1.1), à ce premier volume et à l'enjeu de l'assurance-maladie, dont nous verrons qu'il est inscrit, par la CESBES comme par le mouvement syndical, dans une perspective large englobant le rôle socio-sanitaire de l'État et le système de sécurité sociale dans son ensemble. Les deux sections suivantes se concentreront davantage sur le volume 4 du rapport (CESBES, 1970). Il s'agira d'abord (section 5.1.2) de présenter les critiques formulées par la CESBES à l'égard du « modèle médical traditionnel » et de l'organisation du système sanitaire – ou, dans ses termes, du « régime de la santé » –, critiques très proches, comme nous le verrons, de celles formulées par le mouvement syndical et le mouvement populaire. Enfin, c'est au moment de présenter les recommandations de la Commission quant à l'élaboration d'une médecine et d'une « politique de la santé » globales, sociales et préventives (section 5.1.3) que sera présentée plus systématiquement la conception de la santé portée par la CESBES, d'une grande similitude, encore une fois, avec celle développée à la même époque par les milieux syndicaux et populaires.

5.1.1 L'assurance-maladie, la sécurité sociale et le rôle socio-sanitaire de l'État

Dans une perspective globale et systémique très proche de celle du mouvement syndical, la CESBES inscrit d'emblée l'enjeu de l'assurance-maladie et, plus globalement, de la santé, dans une réflexion large sur la sécurité sociale et sur le rôle de l'État non seulement en matière sanitaire, mais également en matières sociale et économique. À cet égard, il est particulièrement révélateur que le volume du rapport dédié à l'assurance-maladie consacre son premier chapitre à la sécurité sociale : « La Commission situe sans réserve l'assurance-maladie dans le cadre de la sécurité sociale, puisque celle-ci constitue l'ensemble des moyens favorables au développement socio-

économique global » (CESBES, 1967, p. 5). Ce choix de la CESBES – de même que son concept de « développement socio-économique global », sur lequel nous reviendrons – témoigne du fait que, à l'instar des grandes centrales syndicales, la CESBES aborde l'enjeu de l'assurance-maladie à partir d'une conception globale, sociale et préventive de la santé, considérée ici aussi comme étroitement liée à la sécurité sociale (ainsi qu'à la politique économique, comme nous le verrons plus loin) :

> Les interrelations entre la maladie, la pauvreté et la dépendance sociale sont telles qu'on doit situer l'assurance-maladie au cœur d'une politique sociale ayant pour but de remplacer les mesures palliatives d'assistance par un système évolué de sécurité sociale et un réseau de services sociaux préventifs. (CESBES, vol. 1, p. 42)

Comme pour le mouvement syndical, présenter la conception de la santé portée par la CESBES implique donc de présenter aussi son point de vue sur la sécurité sociale et, plus largement, sur le rôle socio-sanitaire de l'État. Rappelons que si sa conception de la santé sera effleurée ici, elle sera présentée de manière plus systématique au moment d'exposer plus directement la « politique de la santé » proposée par la CESBES (section 5.1.3).

5.1.1.1 Conception de la sécurité sociale et du rôle socio-sanitaire de l'État

Dans une formulation très proche des centrales syndicales, on conçoit d'entrée de jeu la politique sociale comme un devoir de la société à l'égard de ses membres :

> Toute communauté humaine doit [...] s'organiser de façon qu'elle permette à chaque individu de s'épanouir et, en lui fournissant la possibilité de satisfaire ses besoins légitimes, de participer à la vie sociale ; en un mot, toute communauté humaine doit se doter d'une politique sociale. (CESBES, 1967, p. 3)

Dans cette optique, la CESBES va même jusqu'à proposer, dès l'introduction du rapport, une conception « démarchandisante » de la sécurité sociale : « les objectifs de la sécurité sociale veulent assurer à tous les individus, *quelle que soit leur situation par rapport au marché du travail,* la sécurité et le bien-être. » (CESBES, 1967, p. 7) Autrement dit, on reconnaît l'existence de *droits sociaux* – et, dans ce cadre, d'un *droit à la santé* – qu'on conçoit d'ailleurs comme devant être définis démocratiquement :

> On fonde généralement cette politique [de développement] sur les droits civils, politiques et sociaux, c'est-à-dire sur les droits à l'éducation, au travail, à l'habitation, à une sécurité économique de base, aux loisirs et à la santé. La définition concrète et univoque de ces droits s'établit en association avec l'ensemble des groupes sociaux et ne doit pas être laissée à la seule discrétion des classes dirigeantes traditionnelles. Elle garantit l'accès universel aux services, sans discrimination de classe, de race, de religion ou de capacité financière et sans pour autant négliger le rendement et l'efficacité. (CESBES, 1970b, p. 13)

De même, dans une perspective semblable à celle des syndicats, on conçoit les droits sociaux non pas abstraitement mais comme une nécessité découlant de l'évolution de l'organisation sociale : « dans un monde qui s'industrialise et s'urbanise à un rythme accéléré, les problèmes sociaux ne peuvent plus être abordés comme des problèmes individuels ni résolus exclusivement au niveau de la famille et de la communauté locale. » (CESBES, 1967, p. XI)

La CESBES s'éloigne cependant du mouvement syndical par le fait qu'en matière de sécurité sociale, elle ne rejette pas complètement la forme de l'assistance sociale. Elle établit une typologie de la sécurité sociale qui distingue : 1) les régimes universels de prestations ; 2) les assurances sociales ; et 3) l'assistance sociale. Concernant celle-ci, la CESBES différencie « l'assistance sociale octroyée comme un droit » de l'assistance « versée à titre de privilège » (CESBES, 1967, p. 18) : alors que la première forme d'assistance « se fonde sur le principe que chaque membre de la collectivité jouit d'une créance alimentaire qu'il peut invoquer lorsque ses revenus sont inférieurs à un montant

considéré comme nécessaire à sa subsistance » (CESBES, 1967, p. 14), la seconde est historiquement associée à la notion de « culpabilité du pauvre », à des « sanctions morales ou physiques contre les bénéficiaires » ou à « des distinctions arbitraires entre les différentes catégories d'indigents selon leur capacité présumée de pourvoir eux-mêmes à leurs besoins » (CESBES, 1967, p. 14). C'est cette dernière forme d'assistance sociale que refuse la CESBES parce qu'« elle va à l'encontre des droits fondamentaux de l'homme et ne peut pas être considérée comme une mesure de sécurité sociale visant à la protection du niveau de vie. » (CESBES, 1967, p. 18)

Si la CESBES, contrairement aux syndicats, n'exclut pas totalement une forme d'assistance sociale qui reste fondée sur la notion d'indigence[379], elle n'en rejette pas moins vigoureusement la conception bourgeoise résiduelle du rôle social de l'État. De fait, il est clair pour les commissaires que l'assistance sociale ne peut à elle seule répondre à l'ensemble des besoins et qu'elle doit s'inscrire dans un système complet et intégré de sécurité sociale, lui-même conçu dans une perspective *globale* et *préventive* : « la sécurité sociale [...] est essentiellement une politique globale de prévention des risques économiques et sociaux. » (CESBES, 1967, p. 24) Dans cette optique, et tout comme les grandes centrales syndicales, la CESBES déplore l'absence de planification au niveau de la protection sociale :

> Ce qui caractérise actuellement le système de sécurité sociale du Québec, c'est la grande diversité des régimes qui le constituent ; chacun est né sous la pression de besoins plutôt qu'en fonction d'un plan d'ensemble visant à un développement social harmonieux et équilibré. (CESBES, 1967, p. 31)

---

[379] En effet, même dans le cas où l'assistance sociale est attribuée comme un droit, « [l]a condition essentielle d'attribution de la prestation est l'état d'indigence tel que la loi ou les règlements le définissent » (CESBES, 1967, p. 14). Cette forme d'assistance se distingue toutefois de l'assistance octroyée à titre de privilège parce qu'elle n'a pas recours à des critères de sélection discriminatoires ou arbitraires renvoyant à la moralité ou aux capacités physiques des personnes. On précise également qu'à partir du moment où l'assistance sociale a été conçue comme un droit, « les conditions d'attribution furent assouplies [progressivement] pour éviter l'ingérence indue des autorités publiques dans la vie privée des individus par la vérification des ressources ou des besoins. » (CESBES, 1967, p. 14)

Elle dénonce le caractère chaotique du système de sécurité sociale qui résulte de cette multiplication à la pièce des programmes sociaux : « La couverture progressive des principaux risques sociaux et l'extension par étapes de cette protection à différentes couches de la population ont créé, faute de coordination, une situation chaotique » (CESBES, 1967, p. 19). Cet état de fait étant incompatible avec la conception globale de la sécurité sociale défendue par les commissaires, on se positionne donc résolument, à l'instar du mouvement syndical, en faveur d'une planification, d'une coordination et d'une rationalisation de la sécurité sociale :

> Une coordination et une rationalisation s'imposent : c'est d'ailleurs l'expérience de la plupart des pays. À une certaine étape du développement du système de sécurité sociale, la coordination et l'intégration passent au premier plan des préoccupations. Cette coordination, pour être efficace et réaliste, devra procéder d'un plan d'ensemble basé sur une conception humanitaire et globale de la sécurité sociale. (CESBES, vol. 1, p. 31)

De plus, tout comme les centrales syndicales, la CESBES considère que cette planification doit se faire avec la participation de la population[380] : « Le progrès social, pas plus que le progrès économique, ne peut être laissé au hasard ; il exige une planification dont l'élaboration et la mise en œuvre présupposent la participation de toute la population et de tous les organismes sociaux. » (CESBES, 1967, p. 4)

La perspective globale et préventive que la CESBES partage avec les syndicats l'amène également, à l'image de ces derniers, à considérer la sécurité sociale comme étroitement liée non seulement au développement social, mais aussi au développement économique :

> Dans la pensée actuelle, la notion de la sécurité sociale, en théorie comme dans les faits, doit englober les mesures visant à la prévention de la réalisation des risques sociaux et les mesures visant à l'amélioration des niveaux de vie qui dépassent l'octroi de prestations en espèces et la fourniture de services destinés

[380] Nous reviendrons plus loin (voir *infra*, chapitre 7) sur les prises de positions du mouvement syndical en faveur de la participation et de la démocratisation (notamment économique).

> à améliorer la santé et le fonctionnement social des individus. Cette conception est une exigence du développement social *et économique*. (CESBES, 1967, p. 8)[381]

Ainsi, la relation intime établie par la CESBES entre la politique sociale et la politique économique s'apparente à celle mise de l'avant par les syndicats : « Il est impossible de dissocier le domaine de la vie sociale de celui de la vie économique, car il y a une interdépendance profonde entre ces deux champs de l'activité humaine. » (CESBES, 1967, p. 20) Reprenant un des thèmes mis de l'avant tant par la CSN que la FTQ, la Commission va même jusqu'à reconnaître que la source des inégalités sociales se trouve dans la structure même de l'économie et qu'historiquement, la sécurité sociale a été impuissante à les prévenir : « La sécurité sociale, qui visait à corriger les conséquences de l'inégalité économique, s'est, cependant, insérée dans le cadre, les structures et le fonctionnement d'un système économique *qui était lui-même à l'origine des disparités de revenus*. » (CESBES, 1967, p. 20)

Précisons toutefois qu'il n'y a pas ici de référence à des rapports d'exploitation et/ou de domination inhérents à la structure de l'économie, même si on admet que celle-ci est intrinsèquement génératrice d'inégalités. Cette nuance est importante dans la mesure où elle incarne une des limites du point de vue de la CESBES par rapport à celui des travailleurs et travailleuses. Or, cette limite n'est pas sans conséquences, notamment en ce qui concerne les solutions préconisées par la Commission. Ainsi, malgré leurs similitudes dans leur conception des liens étroits entre les domaines social et économique, des distinctions importantes éloignent la CESBES du point de vue syndical quant à l'articulation de la politique économique et de la politique sociale.

Nous avons vu que pour les syndicats, l'État doit agir à la racine des problèmes sociaux afin de les prévenir ; il doit donc, dans cette optique, cesser de « laisse[r] décider l'économique par l'initiative privée » (CSN, 1966, p. 95) et intervenir directement et

---

[381] C'est moi qui souligne.

vigoureusement *dans l'économie elle-même* par le biais d'une planification économique décomplexée qui lui permettra de retrouver sa « souveraineté de fait dans le domaine économique » (CSN, 1966, p. 95)[382]. Or, si la CESBES reconnaît elle aussi que la racine des problèmes sociaux se trouve dans la structure de l'économie, *elle limite l'essentiel de l'action de l'État au niveau de la politique sociale*.

De fait, alors que la CESBES se prononce, à l'instar des syndicats, en faveur du plein-emploi et qu'elle le conçoit comme « l'un des moyens essentiels d'assurer un revenu suffisant » ou, autrement dit, comme un outil de « prévention de l'insuffisance du revenu » (CESBES, 1971, p. 209)[383], elle n'envisage pas de redonner à l'État sa « souveraineté » face à « l'initiative privée » dans le domaine économique. Tout au plus recommande-t-elle, comme mesures économiques visant le plein-emploi, l'établissement d'un salaire minimum et de programmes de subventions aux entreprises des secteurs de pointe afin de favoriser le développement de ces secteurs générateurs d'emplois de qualité (CESBES, 1971, p. 211-221). Pour le reste, tout indique que, du point de vue de la Commission, *c'est essentiellement par le biais de la politique sociale que l'État est en mesure non pas de transformer la structure de l'économie à la source des inégalités sociales, mais bien de favoriser le développement économique pour en compenser les conséquences les plus lourdes*.

Autrement dit, si la CESBES reconnaît certaines des contradictions fondamentales de la structure économique, ces contradictions, de même que l'accroissement des inégalités sociales qu'elles génèrent, apparaissent comme inévitables et comme appelant, de manière tout aussi inévitable, le développement de la politique sociale :

> *La structure économique ne contient pas de mécanisme propre à la correction de ces écarts entre les ressources et les besoins. Au contraire, l'évolution des systèmes de production tend à les élargir.* Si elle n'est pas compensée, par

[382] Voir également les prises de position du mouvement syndical à ce sujet exposées dans le chapitre 4, section 4.2.1.1.

[383] Cependant, elle affirme que « [l]e plein-emploi doit cesser d'être un objectif immédiat et instantané. » (CESBES, 1971, p. 210)

> exemple, par une politique d'accessibilité et d'utilisation plus grande de toutes les formes d'éducation, l'évolution des besoins de main-d'œuvre, qui exige une spécialisation de plus en plus poussée, contribue à accroître les disparités de salaires. En même temps, la mécanisation et l'automatisation tendent à comprimer les besoins de main-d'œuvre. Ces deux phénomènes contribuent à raccourcir la période d'activité productive ; *aussi faut-il s'attendre à ce que les besoins d'une intervention dans la répartition des revenus augmentent constamment et exigent une extension parallèle du champ d'application et des déboursés de la sécurité sociale*. » (CESBES, 1967, p. 20-21)[384]

Malgré ses limites par rapport au point de vue du mouvement syndical – ou plutôt, pour reprendre les termes de Lesemann, malgré le fait qu'elle est caractérisée par « [l]a reconnaissance indiscutée de l'ordre économique dominant » (1981, p. 112) –, la vision de la CESBES sur la politique sociale et sur ses liens avec la politique économique n'en demeure pas moins très éloignée de celle défendue par la classe capitaliste devant la Commission, ce dont celle-ci est d'ailleurs parfaitement consciente. En effet, plusieurs passages de sa réflexion sur les rapports entre développement social et développement économique apparaissent clairement comme une réponse à l'opposition du milieu des affaires face à une éventuelle intervention accrue de l'État dans le domaine social :

> *Il est évident que cet élargissement du capital social* [autrement dit : l'augmentation des dépenses sociales] *se fait aux dépens de l'accumulation du capital privé*, mais ce transfert équivaut simplement à corriger les mécanismes du marché de capitaux qui sont incapables d'introduire, dans l'allocation des ressources, le calcul des rendements sociaux. *C'est principalement parce qu'ils empiètent, à brève ou à longue échéance, sur le domaine de l'accumulation du capital physique que les progrès de la sécurité sociale suscitent les réticences des forces économiques et même de la politique économique*. (CESBES, 1967, p. 22-23)

Du point de vue de ces « forces économiques », la sécurité sociale ne peut donc être acceptable que dans la mesure où la croissance des dépenses sociales ne surpasse pas

---

[384] C'est moi qui souligne.

la croissance de la production économique puisque c'est seulement dans ces conditions qu'on évitera de nuire à l'accumulation du capital privé :

> Si l'on ne s'inquiète pas trop des déboursés globaux de la sécurité sociale, lorsqu'ils représentent surtout des substitutions entre divers types de consommation, on se préoccupe beaucoup de son rythme de progression. L'idéal pour les objectifs de croissance et de stabilité économiques semble atteint lorsque la sécurité sociale s'accroît à un rythme inférieur ou égal à celui du produit national ou du revenu personnel. Dans ce cas, l'extension de la sécurité sociale est contrebalancée par le progrès économique et elle ne risque pas de comprimer les possibilités d'accumulation. Elle applique rigoureusement le principe du 'minimum de changement dans l'ordre économique'. (CESBES, 1967, p. 23)

Dans cette optique, le développement économique doit avoir préséance sur le développement social :

> Cette préoccupation d'équilibre ou d'adaptation des prestations sociales au mouvement de la production illustre bien la conception selon laquelle c'est le développement économique qui détermine et conditionne les mesures sociales. Ainsi, dans le jeu d'interdépendance entre les deux partenaires, l'économique et le social, c'est le premier qui donne le ton. (CESBES, 1967, p. 23)

Or, la CESBES rejette explicitement ce point de vue et critique la prépondérance généralement accordée à la croissance économique au détriment du développement social :

> Souvent, on préconise comme objectif fondamental de la politique économique l'accroissement de la production et des investissements. Dans une telle optique, on a tendance à négliger les questions telles que la répartition des biens entre personnes, groupes ou régions, et on oublie trop aisément les facteurs qualitatifs qui conditionnent le bien-être de l'homme. (CESBES, 1967, p. 4)

Contre cette tendance à prioriser le développement économique et à placer le développement social à sa remorque, la CESBES insiste sur l'interdépendance de la politique sociale et de la politique économique, qu'elle met sur un pied d'égalité. C'est

d'ailleurs sur la base de leurs liens étroits qu'elle propose le concept de développement socio-économique global :

> D'un côté, le progrès social est un facteur essentiel de développement économique dans la mesure où il contribue à l'amélioration du potentiel humain et à la [sic] l'obtention d'un équilibre nécessaire entre l'offre et la demande pour les différents types de main-d'œuvre. De la même manière, le développement économique est essentiel au soutien de la sécurité sociale. On peut donc dire que le progrès social et le progrès économique sont complémentaires et doivent être coordonnés dans l'intérêt du développement global équilibré d'une société. Loin de les confondre, il faut en respecter les objectifs propres, [...] [m]ais il est de toute première importance d'en assurer la coordination qui, seule, permet d'atteindre les objectifs complets du développement socio-économique global. (CESBES, 1967, p. 5)

On constate ici que si la Commission rejette le point de vue capitaliste d'une préséance du développement économique sur le développement social, elle est néanmoins sensible aux préoccupations du milieu des affaires concernant la qualité de la main-d'œuvre. En effet, la politique sociale n'est pas uniquement conçue par les commissaires dans les termes d'une politique de bien-être ou comme un droit social ; elle est également conçue comme *une politique de valorisation et de gestion de la main-d'œuvre*. La CESBES est d'ailleurs parfaitement explicite à ce sujet : selon elle, il s'agit

> de substituer au concept traditionnel d'assistance, basé sur la reconnaissance de la responsabilité de la société à l'égard des économiquement faibles, *la notion d'investissement social dans le développement des ressources humaines*. Les prestations ont à la fois un objectif individuel et social ; elles sont destinées, bien sûr, à assurer la subsistance du bénéficiaire *mais elles visent aussi à promouvoir l'amélioration de sa capacité productive. À ce titre, elles s'inscrivent dans une politique globale de développement*. (CESBES, 1967, p. 27)

On reconnaît ici bien sûr un des éléments au cœur du point de vue de la classe capitaliste en matière de politique sociale présenté au chapitre 1 : historiquement, la classe capitaliste – ou plutôt sa fraction « éclairée » – a en effet eu tendance à favoriser certaines politiques sociales perçues comme nécessaires à la reproduction d'une main-d'œuvre de qualité ou à la régulation du marché du travail. En cela, on peut comparer

les commissaires de la CESBES à l'élite bourgeoise ou petite-bourgeoise du XIXe siècle qui, pour ce même genre de motifs, a pris des initiatives et/ou fait des pressions dans le domaine de l'hygiène et de la santé publique et ce, malgré les résistances d'une partie importante de la bourgeoisie de l'époque. Est d'ailleurs typique d'un point de vue de « petite-bourgeoisie éclairée » l'idée défendue par la CESBES que les contradictions entre la croissance économique et la politique sociale peuvent être résolues ou, autrement dit, que les intérêts opposés des classes capitaliste et laborieuse peuvent être réconciliés. L'est tout autant l'argumentaire qui cherche, selon toute vraisemblance, à convaincre la classe capitaliste que son propre intérêt (à moyen terme) se trouve dans le développement des politiques sociales. On peut comprendre ainsi l'idée mise de l'avant par la CESBES que le développement des politiques sociales, qui est de toute façon inévitable, contribue au développement d'une main-d'œuvre de qualité et ce, même s'il peut nuire à court terme à l'accumulation du capital privé :

> Le développement des politiques sociales et de la politique de main-d'œuvre est un phénomène nécessaire et irréversible. Cependant, la part croissante du produit national affecté à la sécurité sociale entraîne un durcissement des rapports entre la politique économique et la politique sociale, parce qu'elle implique une réduction à moyen terme des ressources allouées à l'accumulation nette du capital physique privé. *L'incidence de cette réduction sur la croissance économique s'évalue par rapport aux effets favorables que peut avoir la sécurité sociale sur le développement du capital humain.* (CESBES, 1967, p. 21)

En effet, on considère que la prise en compte de cet effet positif des politiques sociales sur « le développement du capital humain » annule en quelque sorte les tensions qui peuvent exister entre d'une part l'accumulation du capital nécessaire aux investissements économiques, et d'autre part les dépenses sociales qui « ponctionnent » une partie du capital accumulé à des fins habituellement considérées comme « improductives » :

> Cette philosophie économique qui tire parti des oppositions entre les objectifs de croissance et les politiques de revenus [dont la sécurité sociale fait partie] repose sur la valorisation première de la production et sur la distinction traditionnelle

> entre les dépenses productives et les dépenses improductives. *Or, dès qu'on tient compte de l'aspect production du facteur humain et de la contribution possible des dépenses sociales à l'amélioration de ce facteur, la distinction s'estompe.* Théoriquement, les dépenses qui contribuent directement ou indirectement à améliorer le potentiel humain devraient être considérées comme productives au même titre que l'investissement en capital physique. (CESBES, 1967, p. 23)

De même, on souligne que « [c]'est l'accroissement de la productivité qui constitue la seule source de relèvement du niveau de vie moyen de la population » (CESBES, 1967, p. 23) et que le progrès technique essentiel à l'accroissement de la productivité est lui-même « lié au niveau d'éducation, de santé et de compétence professionnelle de la main-d'œuvre » (CESBES, 1967, p. 23), et donc au développement de la politique sociale. En cela, la politique sociale est non seulement inévitable et bénéfique à moyen terme pour la croissance économique, mais elle est aussi carrément *essentielle à la préservation du système économique (et donc du capitalisme) à long terme* :

> Il ne fait pas de doute qu'une accélération trop rapide des dépenses de sécurité sociale, par rapport au développement de la production, risque parfois de créer des difficultés financières et des problèmes économiques de stabilité. *Mais, ce sont là seulement des ajustements à court terme que le système économique doit faire pour ne pas compromettre son développement ultérieur.* (CESBES, 1967, p. 24)

C'est dans ce sens que la CESBES peut affirmer que « la sécurité sociale [...] apparaît tout aussi indispensable au progrès économique qu'au progrès social. » (CESBES, 1967, p. 24) Néanmoins, il est intéressant de préciser que malgré son optimisme quant aux possibilités de réconcilier des dépenses sociales importantes avec une accumulation du capital privé et une croissance économique soutenues, la Commission affirme dès la préface du volume sur l'assurance-maladie vouloir proposer une conception de la sécurité sociale « adaptée aux besoins, aux caractéristiques *et aux ressources* du Québec » (CESBES, 1967, p. XI) et « reflétant sa situation socio-économique » (CESBES, 1967, p. 13).

On peut déjà remarquer ici un certain écho au point de vue de la classe capitaliste qui, comme nous l'avons vu, insiste de manière répétée sur la nécessité de tenir compte des « capacités financières » de la province dans le développement de nouvelles mesures de sécurité sociale (voir *supra*, chapitre 4). Nous constaterons plus loin qu'au moment de réfléchir plus concrètement à la mise en œuvre de l'assurance-maladie – mais aussi plus généralement à l'élaboration et surtout à l'implantation d'une « politique de la santé » et d'un nouveau « régime de la santé » –, la Commission démontre une sensibilité certaine à ces préoccupations typiques du milieu des affaires qui fait contraste avec les grands principes énoncés ici.

Si on peut interpréter le point de vue de la CESBES sur ces questions comme celui d'une « avant-garde éclairée » de la classe capitaliste, il n'en demeure pas moins que ce qui frappe avant tout, ce sont les nombreuses similitudes entre ce point de vue et celui du mouvement syndical. Ceci est particulièrement apparent en ce qui concerne la conception du rôle de l'État portée par la CESBES. En effet, la Commission défend clairement un rôle étendu de l'État en matières sociale et sanitaire. On constate même un certain renversement de perspective par rapport à la conception bourgeoise du rôle socio-sanitaire de l'État. En effet, la CESBES semble considérer que *le rôle supplétif dans ces domaines échoie au secteur privé plutôt qu'à l'État* : concernant les « formules traditionnelles » de protection que sont : 1) la charité et la philanthropie privées ; 2) le mouvement mutualiste ; 3) l'assurance collective dans les entreprises ; et 4) l'assurance privée, elle conclut que « [l]e caractère commun des quatre mécanismes décrits plus haut est d'offrir une protection facultative et sélective ; ils ne peuvent satisfaire à toutes les exigences du développement social, *mais ils jouent un rôle d'appoint extrêmement important*. » (CESBES, 1967, p. 13)[385]

Inversement, la CESBES soutient que le rôle de l'État ne se résume plus, désormais, à la fonction supplétive qu'il a historiquement joué : « l'État joua, à l'origine, un rôle

[385] C'est moi qui souligne.

supplétif et se transforma peu à peu en un agent régulateur de l'ensemble des mécanismes qui régissent la société. » (CESBES, 1967, p. 26) Plus encore, la CESBES affirme que le rôle de l'État dépasse la simple fonction régulatrice, qui consiste essentiellement à « assurer à chaque individu un revenu minimum s'il est dans l'indigence, et [à] prévenir la détérioration du niveau de vie et des familles par une politique de redistribution de revenus » (CESBES, 1967, p. 26). En effet, les commissaires attribuent à l'État ce qu'ils et elles appellent une « fonction dynamique », cohérente avec la conception globale et préventive de la sécurité sociale mise de l'avant dans le rapport :

> À la fonction dynamique de l'État correspond une action directe sur les facteurs de progrès économique et social et, notamment, au plan social, sur l'organisation et la promotion d'un ensemble de services visant à consolider les résultats obtenus par la garantie pure et simple d'un niveau de vie convenable. C'est ici que s'insèrent toute les mesures visant à promouvoir la formation professionnelle de la main-d'œuvre, sa mobilité géographique et tous les aspects de prévention et de réadaptation qui donnent lieu à la prise en charge par l'État de certains types de services spécialisés dans le domaine de la santé et du bien-être. (CESBES, 1967, p. 26-27)

De même, considérant les liens étroits entre santé, sécurité sociale et développement économique, cette nouvelle « fonction dynamique » de l'État en faveur du « développement socio-économique global » lui impose également d'intervenir dans le domaine sanitaire :

> L'importance du développement de la sécurité sociale et des fonctions que, par le fait même, l'État doit assumer dans les domaines social et économique rend nécessaires une définition et une orientation nouvelles du rôle des organismes et des individus oeuvrant dans les domaines de la santé et du bien-être social. (CESBES, 1967, p. XI)

Ainsi, dans une optique très proche de celle du mouvement syndical, optique qui traduit également sa conception globale, sociale et préventive de la santé, la CESBES considère que dans le contexte d'une prise en charge étatique de la consommation de

soins par le biais de la mesure de sécurité sociale qu'est l'assurance-maladie, l'État est appelé à opérer une réforme en profondeur du système socio-sanitaire dans son ensemble :

> L'effort social en vue de satisfaire les besoins de soins de l'ensemble de la population se situe dans le cadre d'une politique globale de la santé. La quantité de soins consommés par les membres d'une collectivité n'est pas un objectif en soi, c'est plutôt un moyen de prévenir la maladie, de diminuer le nombre de malades et d'augmenter la longévité. Car l'amélioration de la santé, bien essentiel et facteur d'élévation du niveau de bien-être collectif, constitue la fin ultime de toute action sociale dans le domaine de la santé. L'élimination ou la diminution du risque de la maladie et l'amélioration de l'état de santé exigent, à leur tour, la mise en œuvre d'un vaste programme touchant divers secteurs de la santé. (CESBES, 1967, p. 35)

Cette réforme majeure du système socio-sanitaire implique donc que l'État doit jouer, dans le domaine sanitaire comme dans le domaine social, un « rôle dynamique », et la CESBES le rappelle avec force dans la conclusion de son rapport sur la santé (volume 4) : « La Commission est convaincue que la mise en œuvre du nouveau régime de la santé suppose la reconnaissance d'un certain nombre de principes essentiels, qu'elle a développés tout au long de ce rapport [et dont le premier est le] rôle dynamique de l'État » (CESBES, 1970d, p. 248).

Nous verrons plus loin (section 5.1.3), au moment de présenter plus systématiquement la conception de la santé défendue par la CESBES, que ce rôle accru de l'État en matières de santé implique l'élaboration d'une « politique de la santé » et l'établissement d'un nouveau « régime de la santé » qui correspondent aussi, sous plusieurs aspects essentiels, au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs. Il en va de même en ce qui concerne l'enjeu plus spécifique de l'assurance-maladie.

5.1.1.2 Conception large de l'assurance-maladie

Considérant le rôle qu'elle attribue à l'État dans le domaine socio-sanitaire, c'est sans surprise que « la Commission recommande l'instauration au Québec d'un régime complet et universel d'assurance-maladie. » (CESBES, 1967, p. 49) Du point de vue de la CESBES, l'universalité du régime est en effet essentielle dans la mesure où l'assurance-maladie est conçue comme une mesure de sécurité sociale et de prévention :

> Dans l'optique d'une action collective, l'assurance-maladie doit donc s'étendre à l'ensemble de la population. L'intégration du régime d'assurance-maladie au système de sécurité sociale exige l'universalité. De plus, pour être efficace, toute action préventive, de la maladie ou de la détérioration des niveaux de vie, doit s'appliquer à l'ensemble de la population. (CESBES, 1967, p. 44)

Il est frappant de constater à quel point ces recommandations sont cohérentes non seulement avec les revendications du mouvement syndical, qui demande l'instauration d'un régime complet et universel d'assurance-maladie, mais aussi avec la conception large de l'assurance-maladie qu'il développe dans les mémoires soumis à la CESBES. En effet, à l'instar des grandes centrales syndicales, les commissaires refusent de concevoir l'assurance-maladie comme une simple mesure de protection contre les frais médicaux :

> L'assurance-maladie ne saurait être conçue comme un simple mécanisme de financement et de distribution de soins, ou encore comme une mesure isolée destinée à réduire l'insécurité économique d'une catégorie sociale appelée 'les malades'. L'établissement d'un régime d'assurance-maladie crée également un cadre au sein duquel il est possible d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité des services de façon plus certaine et plus rapide que par l'entremise des seuls mécanismes de marché. Un régime d'assurance-maladie est donc un instrument autant qu'une fin en soi. (CESBES, 1967, p. 173)

Ainsi, la CESBES voit elle aussi l'assurance-maladie comme une occasion de rationaliser un système de soins considéré comme inefficace :

> Instrument de sécurité sociale, l'assurance-maladie apparaît non plus seulement comme un mécanisme de redistribution des revenus, ou comme un moyen de réduire l'insécurité économique causée par la maladie, mais comme une véritable politique de la santé, incluant une planification des investissements et une organisation rationnelle de la distribution de soins de haute qualité. (CESBES, 1967, p. 35)

Considérée par la CESBES comme par les centrales syndicales comme « un instrument essentiel de la planification des services de santé » (CESBES, 1967, p. 38) et comme « l'instrument idéal d'intégration des régimes de soins et de coordination des divers types de soins » (CESBES, 1967, p. 40), l'assurance-maladie est aussi conçue comme un outil de prévention : « L'assurance-maladie est également un élément essentiel à la réalisation d'une politique sociale véritablement basée sur la prévention. » (CESBES, 1967, p. 42) En effet, dans un contexte où « la consommation personnelle de soins [...] est de plus en plus indissociable du domaine de la prévention », il est clair que l'assurance-maladie « devient une étape nécessaire à la mise en œuvre de toutes les techniques médicales offertes pour prévenir et dépister les maladies. » (CESBES, 1967, p. 36) Dans une perspective plus sociale, l'assurance-maladie joue également un rôle préventif particulier pour les personnes en situation de pauvreté :

> L'accessibilité aux soins et à la santé elle-même constitue, pour un secteur donné de la collectivité [c'est-à-dire pour les milieux défavorisés], un moyen préventif important par rapport à sa capacité de bénéficier de conditions de vie convenables. L'assurance-maladie se situe, d'ailleurs, au premier plan des divers mécanismes de prévention que constitue la sécurité sociale. (CESBES, 1967, p. 44)

Cette proximité des points de vue de la CESBES et des syndicats sur l'assurance-maladie n'empêche pas celle-ci d'être également conçue, au même titre que la politique sociale, dans les termes capitalistes d'un investissement en « capital humain ». Ceci est clairement affirmé d'entrée de jeu comme un des objectifs principaux de l'assurance-

maladie sur le plan social, objectif auquel est d'ailleurs étroitement associé le souci prédominant de la Commission pour la prévention :

> [Sur le plan social], l'assurance-maladie doit : a) rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population de façon qu'elle puisse en faire une consommation optimale ; b) obtenir une efficacité maximale du système de dispensation des soins par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé ; et c) maximiser les rendements sociaux de la santé, *en tant qu'investissement dans les ressources humaines* et en tant que mesure de prévention sociale. (CESBES, 1967, p. 35)

On a vu précédemment que la politique sociale en général est considérée par la CESBES comme essentielle au développement d'une main-d'œuvre de qualité. Or, l'amélioration de la santé est identifiée comme une priorité à cet égard :

> Graduellement, [...] la société comme telle a pris conscience de la nécessité de mettre en valeur, dans toute la mesure possible son capital humain collectif. Parmi l'ensemble des mesures prises à cette fin, celles qui sont destinées à hausser le niveau de santé et d'éducation de la communauté se situent au tout premier rang, car elles s'identifient aux préoccupations 'vitales' des sociétés développées. (CESBES, 1967, p. 40-41)

En ce sens, l'assurance-maladie apparaît non seulement comme un instrument de prévention des maladies, d'amélioration de la santé et de rationalisation du système de soins, mais aussi comme un investissement en capital humain : « Instrument essentiel à la planification et à la coordination de la lutte contre la maladie, l'assurance-maladie constitue en outre un des mécanismes dont la société dispose pour obtenir un programme complet, intégré et optimal d'investissement dans les ressources humaines. » (CESBES, 1967, p. 40) Plus précisément, on souligne le fait que l'assurance-maladie favorise le développement économique et social parce qu'elle peut contribuer à diminuer les effets de la maladie sur la disponibilité de la main-d'œuvre :

> Les dépenses de consommation destinées au maintien de la santé sont, à vrai dire, des investissements parce que les gains qu'enregistrent la prévention, la guérison et la réadaptation constituent à long terme des multiplicateurs du progrès

> économique et social. Le coût direct supporté à la fois par l'individu et par la société n'est pas la seule répercussion sociale de la maladie. Celle-ci *affecte encore la société en la privant d'un potentiel de main-d'œuvre* et en entravant la poursuite normale de la carrière des individus. Le coût de la santé apparaît donc comme un investissement en capital humain. (CESBES, 1967, p. 41)

En cela, l'assurance-maladie – dans la mesure où elle s'inscrit dans le contexte d'une politique de la santé globale axée sur la prévention – constitue un outil d'amélioration qualitative et quantitative de la main-d'œuvre : « Les progrès attribuables à la prévention, à la guérison et à la réadaptation se traduisent donc par une augmentation quantitative de la main-d'œuvre. » (CESBES, 1967, p. 41) Dans cette optique, l'assurance-maladie ne doit pas être considérée simplement comme une « dépense de consommation », mais plutôt comme un « investissement collectif ». On retrouve ici l'idée selon laquelle il n'y a pas de contradictions fondamentales entre des dépenses sociales élevées et la croissance économique. Sur cette base, les commissaires vont même jusqu'à rejeter du revers de la main les éventuelles limites financières devant freiner le développement des mesures de sécurité sociale :

> L'assurance-maladie peut être considérée comme une dépense de consommation et sous l'angle d'un investissement collectif. Quand on la considère comme une dépense de consommation, c'est la capacité économique d'un pays ou d'une société qui en détermine l'opportunité. S'il existe une limite aux ressources financières qu'une économie peut consacrer aux mesures de sécurité sociale, il est permis de douter que les sociétés même les plus évoluées en aient fait l'expérience. Car, croyons-nous, au lieu de révéler un point de saturation, l'expérience ferait plutôt ressortir l'interdépendance du progrès économique et du progrès social, et mettrait en lumière que les dépenses de mise en valeur du capital humain sont de véritables investissements. (CESBES, 1967, p. 108-109)

Si la Commission n'adhère pas, en théorie, à l'argument de contraintes financières empêchant – du moins à moyens termes – l'augmentation des dépenses sociales, il est intéressant de constater qu'en pratique, elle est sensible à cet argument, dont nous avons pu constater la centralité dans les mémoires soumis à la CESBES par le milieu des affaires. C'est en bonne partie d'ailleurs ce qui explique que malgré le fait que la

CESBES préconise, à l'instar du mouvement syndical, un régime d'assurance-maladie public, universel et complet qui, à terme, « couvrira la presque totalité des soins » (CESBES, 1967, p. 40), elle opte pour la prudence au niveau de sa mise en œuvre en recommandant que son extension se réalise « [p]rogressivement » (CESBES, 1967, p. 40) ; en cela, elle s'éloigne des revendications syndicales et fait davantage écho aux demandes du milieu des affaires, qui vont pour la plupart dans le sens d'une approche lente et graduelle en matière de politique sociale et qui préconisent l'établissement d'un ordre de priorité dans le développement de nouvelles mesures (voir *supra*, chapitre 4).

Ainsi, « la Commission ne peut recommander que tous les soins et services soient couverts dès l'établissement du régime » (CESBES, 1967, p. 56) Et si ce sont principalement des « critères d'efficacité maximale » qui définiront « l'ordre prioritaire dans la réalisation des divers programmes » (CESBES, 1967, p. 38) (y compris les programmes qui concernent plus largement la réalisation de la politique globale de la santé et l'établissement du nouveau régime de la santé, sur lesquels nous reviendrons), ce sont *les coûts engendrés par le programme* qui seront déterminants dans le rythme d'extension de la couverture du régime d'assurance-maladie : « on ne saurait ignorer l'augmentation du coût du régime qu'entraînera l'extension de la couverture. Pour ces raisons, la Commission ne saurait recommander un échéancier rigide des étapes de l'extension de la couverture du régime. » (CESBES, 1967, p. 76) Nous verrons plus loin que cet écart entre les grands principes énoncés par la Commission (principes généralement très proches du point de vue syndical) et les limites qui pèsent sur leur mise en œuvre (limites qui rappellent souvent celles soulevées par le milieu des affaires) peut également être observé au niveau de la politique de la santé et du nouveau régime de la santé mises de l'avant par la CESBES dans le volume sur la santé (CESBES, 1970).

Néanmoins, et malgré le fait que ces quelques échos au point de vue capitaliste auront un certain impact sur les recommandations de la Commission, il importe de souligner

encore une fois que ce sont avant tout les similitudes entre le point de vue des commissaires et celui du mouvement syndical qui ressortent le plus fortement de l'analyse. Ainsi, bien que la CESBES recommande, au niveau de sa mise en œuvre, un élargissement progressif de la couverture offerte par le futur régime d'assurance-maladie, elle recommande également que la couverture initiale s'étende à la plupart des soins médicaux : « La Commission recommande : *QUE le régime couvre initialement tous les soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et psychiatriques dispensés par les médecins, pour fins diagnostique, thérapeutique, ou de réadaptation* » (CESBES, 1967, p. 71)[386].

À l'instar du mouvement syndical, la CESBES défend donc une conception large de l'assurance-maladie, qui est présentée non pas comme une simple mesure de protection sociale contre les frais médicaux, mais bien comme un véritable instrument de rationalisation du système de soins et comme un outil susceptible de favoriser le développement d'une médecine préventive. Sous-jacente à cette conception de l'assurance-maladie se trouve une critique de ce que la CESBES appelle le « modèle médical traditionnel » qui s'apparente aussi à celle développée par le mouvement syndical – et, jusqu'à un certain point, par le mouvement populaire – à l'égard de la médecine libérale et de l'organisation du système de soins.

Après avoir présenté cette critique (section 5.1.2), nous verrons que sur cette base se déploie une conception de la santé, de la médecine et de l'organisation du système de soins très proche de celle mise de l'avant par la classe des travailleuses et des travailleurs (section 5.1.3). Nous verrons également que les traces d'une influence capitaliste observées dans le point de vue de la CESBES sur l'assurance-maladie et la sécurité sociale sont également présentes au niveau de sa conception de la santé, et

[386] Les limites de la couverture initiale recommandée concernent principalement les soins dentaires et oculaires, les médicaments et les soins prodigués par certaines catégories professionnelles (chiropratique, ostéopathie), que les syndicats souhaitaient pour leur part voir inclure dans la couverture initiale, du moins en ce qui concerne les trois premiers items.

notamment au niveau de la politique de la santé et du nouveau régime de la santé qu'elle propose.

5.1.2 Point de vue sur l'organisation du système de soins : critique du modèle médical et du « régime de la santé » traditionnels

La CESBES développe une critique approfondie de ce qu'elle appelle le « modèle médical traditionnel » qui, sous plusieurs aspects, rejoint celle du mouvement syndical et même, sous certains aspects, celle (plus radicale) du mouvement populaire. Toutefois, si, comme nous le verrons, la Commission déplore le caractère individualiste et essentiellement curatif de la pratique médicale traditionnelle, elle ne va pas jusqu'à s'attaquer de front au statut des médecins. Il n'y a donc pas ici de critiques virulentes de la position dominante ou des privilèges indus associés à la profession médicale ; comme nous pourrons le constater, la critique se concentre plutôt sur l'organisation des soins médicaux et du système de soins dans son ensemble ou, pour reprendre les termes de la CESBES, sur « [l]a situation actuelle du régime de la santé » (CESBES, 1970a, chap. 3).

Néanmoins, c'est dans un langage très proche de celui de la CCPSC que la CESBES reproche au modèle médical traditionnel sa conception étroite, biomécanique et individualiste de la maladie : « L'organisation actuelle de la distribution des soins correspond dans son ensemble au modèle médical traditionnel, et on y considère la maladie comme un problème entièrement ou principalement organique affectant les individus. » (CESBES, 1970b, p. 28) On déplore également l'approche essentiellement curative de ce modèle :

> En dépit des efforts des dernières décennies pour prévenir la maladie, dans le cadre de politiques d'hygiène publique par exemple, en dépit également de tentatives beaucoup plus récentes en vue de développer des systèmes de

> réadaptation, l'organisation des soins reste centrée sur le traitement des affections aigües ; l'organisme principal en est l'hôpital ; les agents privilégiés, les médecins et particulièrement les spécialistes. (CESBES, 1970a, p. 95)

La place faite aux unités sanitaires qui sont encore, à l'époque des travaux de la CESBES, « l'organisme principal de la médecine préventive » au Québec (CESBES, 1970a, p. 103), est particulièrement révélatrice de cette prépondérance des soins curatifs sur les soins préventifs :

> Reléguée, dans le régime actuel, au rang de sous-service ou coupée de l'ensemble des activités sanitaires, isolée dans des activités rigidement délimitées ou réservée à des clientèles et à des zones particulières, la prévention exercée dans les 'unités sanitaires' n'atteint pas suffisamment la masse de la population. Il est indéniable que le personnel des 'unités sanitaires' est isolé et, au cours de ses visites à travers le Québec, la Commission a constaté l'absence complète de relations entre ce personnel, celui des hôpitaux et les médecins engagés dans la pratique. (CESBES, 1970a, p. 104)

L'analyse des coûts des services de santé effectuée par la CESBES révèle d'ailleurs « l'importance accrue, dans la structure générale des dépenses de la santé, des prestations de soins dans leur fonction curative et dans la phase aiguë du traitement » (CESBES, 1970a, p. 124). Cette prédominance de la dimension curative des soins se reflète également au niveau de la formation des professionnelles et professionnels de la santé : « Malheureusement au Québec, aussi bien dans la formation des étudiants en médecine, en pharmacie, en sciences infirmières que dans l'exercice de ces diverses professions en cabinet privé ou à l'hôpital, on met l'accent sur les soins curatifs. » (CESBES, 1970a, p. 104)

Dans ce contexte, on assiste à une spécialisation toujours plus importante de la profession médicale qui n'est pas sans conséquence :

> L'exercice professionnel [...] repose sur la spécialisation croissante du personnel, qui entraîne la fragmentation des services et l'isolement de certaines catégories de professionnels. Le développement rapide de la science médicale

> aboutit à son morcellement et il se produit, comme dans l'industrie, une spécialisation des tâches de plus en plus poussée. (CESBES, 1970a, p. 112)

À l'instar des syndicats et de la CCPSC, on souligne que cette spécialisation accrue de la médecine – de même que son approche individualiste, curative et centrée sur les causes organiques de la maladie – remettent en question la relation traditionnelle entre les médecins et les malades et, surtout, qu'elle tend à évacuer complètement la dimension sociale de la santé : « La traditionnelle relation malade-médecin s'en trouve ainsi profondément touchée et le malade est examiné et traité *sans qu'on tienne compte de son milieu familial et social.* » (CESBES, 1970a, p. 113)[387]

Plus largement, on constate que « [l]a médecine s'inspire encore, dans une large mesure, des principes traditionnels de l'organisation des soins médicaux : exercice individuel, secret professionnel, concurrence entre les membres et libre choix du médecin. » (CESBES, 1970a, p. 113) Bien que la CESBES ne remette pas radicalement en question l'ensemble de ces principes, elle critique fortement, à l'image des organisations syndicales, la prépondérance persistante de la pratique médicale individuelle. Elle reconnaît que « [s]i l'exercice de la médecine demeure très individuel au Québec, on assiste toutefois à la naissance de certaines formes de médecine d'équipe ou de groupe. » (CESBES, 1970a, p. 113) Toutefois, ces progrès sont selon elle nettement insuffisants :

> ces divers types de médecine de groupe, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, ne répondent pas vraiment aux besoins de la population et ne correspondent pas au concept d'une véritable équipe de la santé. En effet, il demeure très difficile de consulter une véritable équipe de la santé qui réunisse médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc., dans le régime actuel. (CESBES, 1970a, p. 114)

Selon la CESBES, les médecins eux-mêmes ont clairement une part de responsabilité importante dans ce sous-développement de la pratique de groupe et, de ce point de vue,

---

[387] C'est moi qui souligne.

les commissaires portent un jugement sévère sur la profession : « Cette situation découle de l'individualisme de la médecine : l'organisation est fonction des habitudes des médecins, et non pas des besoins des malades. » (CESBES, 1970a, p. 114)

Par ailleurs, il est intéressant de constater que la CESBES n'hésite pas, contrairement au mouvement syndical, à questionner la pertinence du mode de rémunération à l'acte, même si elle n'osera pas recommander son abandon à court terme et qu'elle considère ce mode de rémunération comme un état de fait difficile à contourner :

> Le paiement à l'acte, associé à l'origine à l'exercice privé ou individuel de la médecine, a une longue tradition en Amérique du Nord et on peut penser que, préféré des médecins, il se maintiendra encore dans l'avenir, malgré tous les efforts d'organisation et de rationalisation des soins. (CESBES, 1970a, p. 145)

Néanmoins, la CESBES recommande l'abandon progressif – mais non-coercitif – de ce mode de rémunération :

> La Commission recommande : QUE le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités. QUE des stimulants à la réalisation des objectifs d'une médecine globale soient greffés, au cours de la période de transition, sur le système de rémunération. QUE les stimulants soient conçus de sorte qu'ils favorisent également la médecine d'équipe. QUE les stimulants s'adressent à l'ensemble des professionnels travaillant au sein d'équipes de soins. QUE, dans les centres de santé où le mode de rémunération à l'acte est conservé pour certains praticiens, la rémunération soit ajustée pour tenir compte de l'absorption par l'État de la composante technique des soins[388]. (CESBES, 1970d, p. 234)

---

[388] Au sujet de cette dernière recommandation, la CESBES précise que dans un établissement public, la rémunération doit être moindre parce que le médecin n'a pas à couvrir les frais d'administration, d'immobilisation, etc. : « On fixe le prix de l'acte médical dans un contexte général de médecine privée où le médecin assume ses frais d'exercice. Dans l'hypothèse où le centre de santé relève d'une administration et d'un financement publics, le médecin attaché à cet établissement et rémunéré à l'acte n'a alors droit qu'à la partie de cette rémunération qui constitue la rémunération nette, ou l'honoraire pour ses services professionnels. » (CESBES, 1970d, p. 227)

Ces recommandations – timides lorsqu'on les compare à l'application décomplexée du salariat mise en pratique à la CCPSC – reposent sur une critique approfondie du paiement à l'acte qui va sous certains aspects plus loin que la remise en question qu'en fait cette dernière. Plus précisément, alors que pour la CCPSC le salariat est une des manifestations de sa contestation du statut privilégié et du pouvoir de la profession médicale, la CESBES juge le paiement à l'acte incompatible avec la conception globale, sociale et préventive de la médecine et de la santé qu'elle promeut :

> Par certains aspects, il y a dans le paiement à l'acte une incitation contraire aux objectifs de la politique de la santé, parce que ce mode de rémunération tend à mettre l'accent sur l'acte médical lié à la maladie. Au contraire, une médecine globale exige de l'équipe qui le soutiendra dans les diverses phases de sa maladie qu'elle considère le malade dans son intégrité. Le mode de rémunération à l'acte, qui dissocie la maladie de la personne, s'oppose donc à cette conception. (CESBES, 1970d, p. 231)

Par opposition, on considère que le salariat des médecins est davantage susceptible de favoriser le développement d'une médecine globale :

> La Commission croit que le mode de rémunération à l'acte, qui a cours dans le contexte d'une médecine privée, et la réalisation d'une médecine globale sont inconciliables. [...] Il lui apparaît évident, en effet, que l'exercice d'une médecine globale par une équipe de soins est plus facile à réaliser si le médecin est rémunéré sur la base d'un salaire, comme cela semble logique et est même appliqué à l'égard d'autres agents de la santé. (CESBES, 1970d, p. 233)

On souligne que si le « régime de la santé » tel qu'il existe à l'époque est centré de manière prédominante sur la dimension curative des soins, c'est en bonne partie à cause de la rémunération à l'acte :

> Actuellement, une large partie de la distribution des soins est axée, et dans son esprit et dans ses structures, sur le traitement pendant la phase active de la maladie. *Le mode de rémunération à l'acte est la principale explication de cet état de fait*. Il favorise certaines spécialités médicales ou chirurgicales qui, en conséquence, attirent le plus grand nombre de médecins. Les soins de prévention

> et de réadaptation sont tout à fait déconsidérés dans ce système. (CESBES, 1970d, p. 231)[389]

Dans cette optique, le recentrement du système sur la prévention que la CESBES souhaite voir se réaliser exige la remise en cause du paiement à l'acte :

> Une médecine globale centrée sur la prévention et la réadaptation et qui tient compte de l'aspect psychosocial de la maladie, le travail en équipe, des soins axés sur l'individu et sa famille seront difficiles, voire impossibles à réaliser, dans un système de rémunération à l'acte. (CESBES, 1970d, p. 232)

En effet, la rémunération à l'acte incite à un type de pratique individualiste axé sur le volume plutôt que sur la qualité, et elle ne favorise pas le développement d'une approche populationnelle qui, comme nous le verrons plus loin, est mise de l'avant par les commissaires :

> Le mode de rémunération à l'acte constitue un stimulant direct pour accroître le volume des soins médicaux – notamment les plus complexes et les plus payants – au détriment du temps consacré à la personne. Par opposition, une médecine globale se fonde non pas sur le nombre d'actes, mais plutôt sur la responsabilité entière des problèmes de santé d'une population. Elle insiste non pas sur le traitement de la maladie, mais sur la nécessité de la prévenir et de fournir des soins complets de façon continue. (CESBES, 1970d, p. 231)

Dans la même optique, le caractère foncièrement individualiste du paiement à l'acte est très peu conciliable avec l'insistance de la CESBES sur l'intégration des soins et le développement du travail en équipes multidisciplinaire : « Le fonctionnement d'équipes multidisciplinaires, qui intègrent tous les soins généraux de prévention, de dépistage, de traitement et de réadaptation, s'accommode difficilement d'ailleurs de ce mode de rémunération. » (CESBES, 1970d, p. 227) Sur le plan pratique, il devient difficile d'évaluer avec justesse la valeur des actes médicaux dans « un contexte dynamique où l'organisation du travail et la composition des équipes de soins entrent de plain-pied dans l'ère d'une médecine multidisciplinaire, et exploitent les possibilités

---

[389] C'est moi qui souligne.

de substitution dans l'exécution des tâches. » (CESBES, 1970d, p. 229)[390] De plus, sans aller comme la CCPSC jusqu'à remettre radicalement en question le pouvoir des médecins au sein des équipes de soins, la Commission souligne tout de même qu'

> un mode de rémunération particulier aux médecins ne peut que maintenir les tensions interprofessionnelles et saper à la base l'esprit de respect mutuel, de collaboration étroite et de répartition du pouvoir de traiter selon la compétence, qui est essentiel à l'existence même des équipes multidisciplinaires de soins. (CESBES, 1970d, p. 234)

Considérant, comme nous le verrons plus loin, que le CLS est du point de vue de la CESBES le lieu par excellence dans lequel doit s'incarner cette intégration des soins généraux par une pratique en équipes de soins multidisciplinaires, les commissaires insistent particulièrement, pour ces futurs établissements, sur la nécessité d'un mode de rémunération alternatif à celui du paiement à l'acte :

> pour encourager la médecine d'équipe dans les CLS, on peut concevoir une formule assurant un revenu minimum de base – sous forme de salaire ou autre – en deçà duquel les honoraires sont partagés à partir de critères définis en relation étroite avec les objectifs du système : au prorata du nombre de cas, du type d'examen, du nombre de personnes vues, etc. (CESBES, 1970d, p. 233)

Toutefois, si cette remise en cause de la rémunération à l'acte est nécessaire à l'implantation d'un réseau de CLS, ce n'est pas seulement parce qu'elle est incompatible avec l'intégration des soins et le travail en équipe et, plus largement, avec le développement d'une médecine globale, sociale et préventive ; c'est aussi parce qu'on espère de cette manière réduire les coûts de la réforme :

> Mais, disons-le tout de suite, la mise en œuvre d'une médecine globale au moyen d'unités de soins intégrées [c'est-à-dire les CLS] nécessite des ajustements au

---

[390] Par exemple : « si le médecin reçoit une rémunération constante pour l'ensemble des actes qu'il accomplit, alors qu'un personnel complémentaire se charge d'une partie de son travail, il réalise un 'profit' net équivalent à la valeur des soins distribués par ce personnel complémentaire. [...] Eu égard à ces contraintes, nous nous demandons jusqu'à quel point le paiement à l'acte, dans le cadre d'une médecine privée ou d'un mode d'exercice interdisciplinaire, et les objectifs d'une médecine globale axée sur la personne et sur le travail d'équipe sont conciliables. » (CESBES, 1970d, p. 229-230)

> mode de rémunération des professionnels de la santé. Ces ajustements apparaissent nécessaires, tant pour la réalisation des objectifs du régime de soins que pour la mise en place des CLS à un coût qui ne soit pas prohibitif. (CESBES, 1970d, p. 215)

En effet, on considère que le paiement à l'acte constitue, « au sein de l'organisation du régime de santé, [une] des incitations majeures à l'utilisation des éléments les plus coûteux du régime. » (CESBES, 1970a, p. 145) Ce mode de paiement entraîne l'augmentation des coûts non pas principalement en raison du niveau de rémunération qu'il implique pour les médecins eux-mêmes, mais surtout parce qu'il « contribue de façon systématique à orienter le malade vers le type de traitement le plus coûteux. Lorsque le médecin est rémunéré à l'acte, il a tendance à recommander des soins plus élaborés qu'il n'est souvent nécessaire. » (CESBES, 1970a, p. 145) Si la CESBES précise que « la pratique historique de rémunérer insuffisamment la prévention, comparativement au traitement, contribue elle aussi à orienter les soins médicaux vers les composantes les plus coûteuses du régime de la santé » (CESBES, 1970a, p. 145), elle s'appuie également sur certaines expériences américaines suggérant que des modes de rémunération plus proche du salariat réduisent le recours à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales coûteuses :

> Les expériences américaines citées comme prototypes de la médecine globale se caractérisent par un mode de rémunération des médecins qui diffère de la formule traditionnelle de la rémunération à l'acte : 'Prepaid group practice, as one model, has demonstrated substantiel [sic] economies by markedly decreasing rates of hospitalization and restructuring the financial incentive system for the physician. [...]' (Extrait du *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, cité dans CESBES, 1970d, p. 227 ; voir également CESBES, 1970a, p. 145-146)

On retrouve ici une des critiques que le mouvement syndical formule à l'égard de l'organisation du système de soins, à savoir son caractère hospitalo-centrique. En effet, la CESBES fait à cet égard un constat semblable à celui des grandes centrales :

> Dans son évolution des vingt-cinq ou trente dernières années, l'hôpital [...] se dessine comme le centre et le noyau du régime autour duquel gravitent les hôpitaux locaux de moindre importante et, en périphérie, les médecins exerçant leur profession dans leurs cabinets privés ou au sein de policliniques [sic]. (CESBES, 1970b, p. 28)

Alors que, comme nous l'avons mentionné, le mode de rémunération des médecins est selon la CESBES en partie responsable de cette tendance historique, celle-ci renvoie également « au mode d'organisation et de financement des soins qui, dans le passé, favorise systématiquement l'accès à l'hôpital, au détriment des autres modes de traitement. » (CESBES, 1970a, p. 145) En ce qui concerne le mode de financement, la CESBES ne mentionne pas explicitement, contrairement au mouvement syndical, le rôle des assurances privées dans le développement d'un régime centré sur l'hôpital ; néanmoins, elle trouve comme lui dans l'assurance-hospitalisation une des sources de cette dérive :

> Les changements survenus dans les sources et les modalités de financement contribuent également à hausser la demande de soins hospitaliers par rapport aux autres modes de soins ou de services. À ses débuts, le régime d'assurance-hospitalisation fait de l'hospitalisation une condition de l'accès libre à tout éventail de soins. De plus, on peut dire que ce facteur a contribué à transformer l'exercice de la médecine dont l'accès à l'hôpital est devenu un élément déterminant. À leur tour, les modes de calcul utilisés pour le financement renforcent la tendance vers la médecine curative en milieu hospitalier. (CESBES, 1970a, p. 134)

Or, les services hospitaliers sont particulièrement coûteux en regard de leur capacité à répondre aux besoins sanitaires :

> L'utilisation de plus en plus grande des soins hospitaliers par rapport aux autres modes de soins, doit retenir notre attention. L'hospitalisation constitue l'élément le plus coûteux du régime de la santé. L'hôpital en tant que ressource à vocation spécialisée répond à environ 15 pour cent de la demande de soins ; pourtant, les frais représentent au-delà de 60 pour cent des dépenses de la santé. (CESBES, 1970a, p. 144)

À l'image des grandes centrales syndicales, la CESBES considère donc que la surutilisation de l'hôpital et des soins curatifs qui accompagnent l'hospitalo-centrisme et la sous-utilisation corrélative des soins de prévention constitue un gaspillage de ressources et un facteur de coûts important pour le régime :

> Quelle que soit son origine, la compression de la prévention et du dépistage, au profit de l'utilisation de l'hôpital et des soins curatifs, en plus de se refléter immédiatement dans les coûts, représente pour l'avenir des dépenses supplémentaires qui pourraient être évitées. (CESBES, 1970a, p. 134)

Les tendances hospitalo-centriques du régime n'ont pas pour seule conséquence une augmentation inutile des coûts ; elles sont également liées au fait que le développement et l'organisation du système de soins ne répondent que difficilement aux besoins réels de la population, ce que soulignent aussi les grandes centrales syndicales. En effet, l'hospitalo-centrisme a pour effet que « [l]a responsabilité et parfois même le contrôle de la distribution des soins à la communauté appartiennent à l'hôpital, sous le leadership de la profession médicale. » (CESBES, 1970b, p. 28) Du point de vue de la CESBES, « [u]n tel système correspond à la notion de système fermé[391], en ce sens qu'il est centré sur l'hôpital principal d'une région, lequel fixe lui-même ses buts et ses objectifs en fonction de la maladie et du malade. » (CESBES, 1970b, p. 28) Or, par définition, un tel système est peu réceptif aux besoins sanitaires de la population :

> ce type d'organisation prête flanc à une critique, à notre point de vue, assez fondée : on lui reproche de n'être pas sensible aux besoins réels de la population et de n'être pas assez souple pour modifier ses objectifs et adapter ses services aux changements socio-économiques du monde contemporain. (CESBES, 1970b, p. 28)

Selon la CESBES, qui rejoint encore une fois les syndicats sur cette question, le caractère quasi-privé du système hospitalier de l'époque n'est pas non plus étranger au

---

[391] La CESBES oppose à ce « système fermé » un « système ouvert » sur lequel nous reviendrons dans la section suivante.

fait que son développement ne se fasse pas en fonction des besoins réels de la population. Même si les établissements à but lucratif représentent alors moins de 3% des hôpitaux et que la vaste majorité d'entre eux ont été fondés par des institutions religieuses ou par des organismes philanthropiques[392], les établissements sont néanmoins gérés en bonne partie comme des entreprises privées :

> Les caractéristiques actuelles des hôpitaux au Québec [...] reflètent, d'une façon aujourd'hui paradoxale, le climat de libéralisme qui a entouré leur naissance. Les hôpitaux ont une longue tradition d'entreprises privées. [...] Les contributions provenant des deniers publics, quoique d'un apport important à l'occasion, ne modifient pas le caractère essentiellement privé et parcellaire du processus de décision. (CESBES, 1970a, p. 99)

La CESBES souligne d'ailleurs que ceci reste vrai malgré l'adoption en 1962 de la *Loi des hôpitaux*. En effet, bien qu'on « ne considère plus les hôpitaux d'aujourd'hui à cause de leur fonction, comme des entreprises privées, mais plutôt comme des centres d'administration de services publics » (CESBES, 1970a, p. 99), et malgré le fait que « [l]es partages de patrimoines exigés par la loi des hôpitaux confirment la scission entre la corporation propriétaire et la corporation administratrice de l'hôpital[393] » (CESBES, 1970a, p. 99-100), il n'en demeure pas moins que « [l]'ambiguïté demeure quant au partage des responsabilités et touche le système de contrôle lui-même. » (CESBES, 1970a, p. 100) Ainsi, alors que l'État est désormais responsable d'une partie importante du financement et qu'à ce titre il s'arroge un droit de regard et de contrôle sur les budgets des établissements, « les décisions relatives aux immobilisations, et davantage, celles qu'impliquent la mise en place de nouveaux services, sont encore

---

[392] À ce sujet, voir le tome du rapport de la CESBES consacré aux établissements à but lucratif (CESBES, 1970e).

[393] Selon les termes de cette loi, la corporation propriétaire reste l'institution religieuse ou l'organisation philanthropique fondatrice (qui sont dans les deux cas des organisations privées, même si elles sont sans but lucratif), mais l'établissement est désormais géré par un conseil d'administration indépendant de la corporation propriétaire et dont la composition est rigoureusement définie par la loi. La CESBES précise toutefois que « [c]ette distinction n'est pas encore complètement réalisée dans les faits. En décembre 1967, plus du tiers des hôpitaux en cause n'ont pas opéré ce transfert de patrimoine. » (CESBES, 1970a, p. 100)

prises au sein de l'hôpital, en fonction du dynamisme et de l'intérêt personnel de ceux qui s'y trouvent. » (CESBES, 1970a, p. 100)

Or, cette « gestion privée » des hôpitaux ne permet pas que le développement du système hospitalier, des immobilisations et des services se fassent en fonction d'une vision d'ensemble des besoins de la population : « Ces initiatives certes, sont soumises à l'approbation de l'État, mais rien ne confirme à l'heure actuelle que des considérations d'ensemble qui devraient éclairer ces projets, tels les besoins de la population, débordent le contexte d'un hôpital individuel et influencent toujours les décisions. » (CESBES, 1970a, p. 100) Il en découle que le développement des installations et des services hospitaliers est chaotique et ne se fait pas à partir d'une évaluation globale et rationnelle des besoins sanitaires. À cet égard, la CESBES est d'ailleurs particulièrement sévère à l'endroit des administrations hospitalières :

> Afin de voir jusqu'à quel point, malgré l'absence de liens fonctionnels entre les établissements, ceux-ci tiennent compte des autres établissements et services dans l'élaboration de leurs projets d'immobilisations, nous avons demandé aux hôpitaux de nous transmettre les projets qu'ils considèrent urgent de réaliser avant 1971. Les réponses obtenues d'environ 90 pour cent des hôpitaux publics du Québec révèlent une situation qui tient de la plus haute fantaisie. (CESBES, 1970a, p. 172)

Plus largement, c'est l'ensemble du système – et non seulement le réseau hospitalier – qui est jugé déficient au plan de l'organisation et de la planification des soins : « L'absence d'organisation systématique dans la distribution des soins est manifeste. Les mémoires soumis ainsi que les visites à travers le Québec convainquent la Commission qu'il s'agit là d'une des principales lacunes du régime actuel. » (CESBES, 1970a, p. 96) En effet, l'absence de vision d'ensemble qui caractérise le processus décisionnel au sein du système hospitalier s'étend également aux autres secteurs du « régime de la santé » :

> [aucune] des composantes du régime ne se préoccupe [...] de concilier et d'intégrer ses objectifs et ceux de l'ensemble du régime : ce dernier ne constitue,

> somme toute, qu'une addition des intérêts et des objectifs individuels des établissements qui le composent. L'absence d'une politique de la santé cohérente et d'un plan directeur, qui servent de guides lors des décisions en matière de développement et d'investissement, constitue de toute évidence la lacune fondamentale du présent régime de la santé au Québec. (CESBES, 1970a, p. 175)

Cette lacune majeure ne permet pas l'intégration rationnelle et efficace des différents types de soins – la CESBES parle de « l'absence d'un système intégré de distribution des soins » (CESBES, 1970a, p. 175) – et conduit au contraire à leur fragmentation, ce qui contribue également à l'augmentation inutile des coûts du régime :

> Nous faisons face à une fragmentation, à une dispersion où l'on retrouve chevauchements, doubles emplois, graves lacunes, coûts élevés et efforts gaspillés, plutôt qu'un régime coordonné. Il faut améliorer ce régime si on souhaite que la qualité des soins suive l'augmentation massive des coûts et des effectifs. (CESBES, 1970a, p. 96)

Notamment, « [i]l est apparu clairement que le cloisonnement entre l'activité hospitalière et extra-hospitalière donnait lieu à de l'inefficacité, engendrait une duplication des services et majorait les coûts de fonctionnement. » (CESBES, 1967, p. 39) À l'instar des grandes centrales syndicales, la CESBES insiste donc particulièrement sur les impacts de l'absence de planification et d'intégration non seulement sur le système hospitalier, mais aussi sur les services extra-hospitaliers, dont les services de première ligne :

> L'absence d'organisation suivant une perspective globale se traduit notamment par une fragmentation des systèmes de distribution des soins, et principalement au niveau des soins de première ligne, du système hospitalier et du développement de systèmes parallèles. (CESBES, 1970a, p. 97)

Ainsi, on considère que « l'absence de responsables de l'organisation de ce type de soins [primaires] » (CESBES, 1970a, p. 98) est un des facteurs qui contribue aux difficultés d'accès aux services de première ligne[394] :

> il n'existe actuellement aucun organisme chargé d'assurer à la population la disponibilité des soins de première ligne. Le médecin les fournit partiellement par éthique professionnelle, mais la profession médicale n'a pas mis en place des organismes les distribuant en permanence. L'hôpital accepte de fournir les soins d'urgence, mais décline la mission de répondre à la demande de soins de première ligne. (CESBES, 1970a, p. 99)

Ces problèmes d'accès, combinés à l'absence de planification d'ensemble et de rationalisation de l'organisation du système de soins, ont pour résultat des disparités importantes dans l'état de santé de la population : « Comme le montre l'étude des indices de l'état de santé de la population québécoise, il existe, chez nous, des disparités régionales et sociales importantes. » (CESBES, 1970a, p. 97) En effet, si le « régime de la santé » ne parvient pas à répondre aux besoins sanitaires de la population, ces lacunes concernent davantage certaines catégories de populations que d'autres :

> Les visites de la Commission ont permis à ses membres d'observer que le régime de la santé, dans sa forme actuelle, ne répond pas aux besoins de groupes importants de population et que son organisation ne tient pas suffisamment compte des problèmes d'accès aux soins et de la nature particulière des besoins de santé de certaines couches sociales. (CESBES, 1970a, p. 121)

Dans une optique qui n'est pas sans rappeler celle de la CCPSC, à laquelle les commissaires réfèrent d'ailleurs ici explicitement, la CESBES dénonce particulièrement l'incapacité du système sanitaire à assurer l'accès aux soins pour les groupes socio-économiquement défavorisés :

> nos visites à travers le Québec permettent de constater qu'à quelques exceptions près, aucun programme spécifique de soins n'est encore projeté pour répondre

[394] L'autre facteur principal étant « la diminution du nombre d'omnipraticiens », qui est d'autant plus problématique que « [p]armi les médecins, c'est l'omnipraticien qui peut le plus efficacement assurer l'entrée dans le système de distribution des soins. » (CESBES, 1970a, p. 98)

> aux besoins des économiquement faibles. Le projet-pilote de Pointe Saint-Charles, où une unité de soins communautaire est établie en ce sens, appartient à l'initiative des étudiants en médecine de l'université McGill. (CESBES, 1970a, p. 122)

Nous verrons dans une section subséquente que c'est en bonne partie pour pallier à cette « absence de responsables de l'organisation » (CESBES, 1970a, p. 98) des soins de première ligne que la CESBES proposera l'implantation d'un réseau de Centres locaux de santé. Toutefois, avant d'exposer plus spécifiquement le modèle des CLS tel qu'imaginé par les commissaires, et après avoir présenté ici la critique du « régime actuel de la santé » développé par la CESBES, il convient maintenant de revenir de manière plus systématique sur son point de vue sur la santé.

5.1.3 Pour une médecine et une « politique de la santé » globales, sociales et préventives : vers la rationalisation du « régime de la santé »

5.1.3.1 Contre le modèle médical traditionnel : le « modèle social » de la « médecine globale »

La CESBES oppose au « modèle médical traditionnel » qu'elle critique un « modèle social » et une « médecine globale ». Contrairement au modèle traditionnel, qui correspond à un « régime fermé », le « modèle social » correspond selon la Commission à un « régime ouvert » (CESBES, 1970b, p. 28), c'est-à-dire à un régime qui n'est plus centré sur l'hôpital et qui propose une conception de la maladie qui déborde sa dimension purement organique : « Le modèle social diffère essentiellement du modèle médical traditionnel par sa conception de la maladie : un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale – l'individu ou la famille – et le milieu au sein duquel elle évolue. » (CESBES, 1970b, p. 28) Plus précisément, le modèle social, s'il reconnaît l'importance de la dimension organique de la maladie, prend aussi en considération sa dimension sociale :

> Cette conception appliquée aux services de santé n'élimine pas l'existence de troubles purement ou principalement organiques ; par contre, plutôt que de considérer la maladie uniquement comme un problème organique et individuel, elle y voit un phénomène complexe mettant en jeu [...] une série de facteurs et d'implications entre l'individu malade, sa famille et la communauté au sein de laquelle s'inscrit son activité. [...] Les aspects humains et sociaux qui interviennent au niveau des causes ou des conséquences de la maladie pondèrent l'aspect organique de la maladie. (CESBES, 1970b, p. 28-29)

Rejoignant en partie au moins la CCPSC et le mouvement syndical, la CESBES s'intéresse donc elle aussi aux causes sociales de la maladie. Dans un chapitre consacré aux liens entre « le milieu » et « l'état de santé » (CESBES, 1970a, chap. 2), elle insiste, en cohérence avec son concept de modèle social de la santé, sur la nécessité de « rendre compte de l'influence du milieu sur la genèse des maladies » (CESBES, 1970a, p. 37). Si la notion de milieu renvoie aux milieux naturels autant que sociaux, les commissaires soulignent l'importance croissante des milieux sociaux dans un monde fortement urbanisé et industrialisé : « Libéré des conditions naturelles par l'urbanisation et l'industrialisation, l'homme d'aujourd'hui devient de plus en plus dépendant d'autrui, c'est-à-dire du milieu social dans lequel il évolue. » (CESBES, 1970a, p. 38) Dans cette optique, la CESBES s'intéresse particulièrement aux « conditions insalubres pour le corps et pour l'esprit créées par l'urbanisation et l'industrialisation. » (CESBES, 1970a, p. 38)

On peut d'ailleurs situer dans cette même perspective le fait que, dès le premier volume du rapport et dans le contexte de sa réflexion sur l'assurance-maladie (CESBES, 1967), la CESBES insiste sur les liens étroits qui existent entre pauvreté et maladie. D'une part, on constate que la maladie est une source majeure de pauvreté, surtout dans un contexte où la protection sociale contre les risques financiers qui y sont associés est inadéquate :

> La maladie constitue l'une des causes importantes de la pauvreté, particulièrement lorsqu'elle frappe le chef de famille [...]. [...] la maladie fait souvent la différence, au sein de la famille, entre une honnête aisance et une

> situation de dépendance totale de l'assistance publique. Le Québec possède une proportion plus forte d'assistés sociaux que les autres provinces. Cette situation sociale inférieure est souvent le résultat de la maladie. [...] La maladie apparaît comme une des variables explicatives des bas revenus. (CESBES, 1967, p. 42-43)

D'autre part, et la CESBES se rapproche ici clairement de la CCPSC, les commissaires reconnaissent également que la pauvreté a inversement un impact considérable sur la maladie, d'où la nécessité d'inscrire le débat sur l'assurance-maladie dans une réflexion plus large sur le système de sécurité sociale dans son ensemble :

> Les éléments dont on dispose autorisent donc à conclure que la pauvreté favorise l'éclosion de la maladie. Les privations matérielles, la mauvaise alimentation, le logement insalubre ainsi que l'absence de soins préventifs et de consultations régulières, spécialement chez les enfants, conduisent à une détérioration de l'état de santé. Les programmes d'hygiène publique ont mis en lumière, de façon non équivoque, la relation entre la pauvreté et le mauvais état de santé. (CESBES, 1967, p. 43)

Cette idée est réitérée dans le volume 4 du rapport : on y souligne que l'enchevêtrement de la pauvreté et de la maladie est tel qu'il devient difficile de distinguer, pour les populations défavorisées, la source des problèmes socio-sanitaires qui les affectent :

> Que l'état de santé des groupes défavorisés soit moins bon que celui de l'ensemble de la population ne peut faire aucun doute [...]. Pour les groupes défavorisés ou économiquement faibles, le problème de la santé comporte généralement des dimensions multiples et corrélatives, où il est impossible de distinguer entre causes et effets : loyer insalubre, conditions sanitaires insuffisantes, sous-alimentation, faible niveau d'éducation, faible revenu. (CESBES, 1970a, p. 121)

Le « modèle social » promu par la Commission implique donc la prise en compte du « milieu », et non seulement du milieu naturel, mais aussi – et peut-être même surtout – du milieu social, généralement davantage négligé : « nous nous préoccupons aujourd'hui de la pollution et du milieu biophysique [...]. Pourtant, la crise du logement

menace très gravement la santé et l'équilibre psychique et mental des familles que les conditions de vie contraignent à vivre dans des taudis. » (CESBES, 1970b, p. 17)

La parenté entre ce point de vue et celui de la CCPSC ne peut manquer d'être remarquée. Toutefois, la CESBES ne va pas aussi loin que la Clinique au sens où les inégalités sociales – et notamment les inégalités sociales de santé – constatées dans le rapport ne sont pas liées par les commissaires à un système d'exploitation ou à des rapports de domination et de pouvoir auxquels participeraient les médecins, contrairement à ce qu'on peut retrouver dans le discours de la CCPSC. Il s'agit là d'une des limites du point de vue de la CESBES par rapport à celui de la classe des travailleuses et des travailleurs, limite que nous avons déjà rencontrée dans sa réflexion quant aux liens entre politique sociale et politique économique (voir *supra*, section 5.1.1.1).

Or, cette limite est importante parce qu'elle n'est pas sans conséquences, notamment au niveau des « solutions » proposées par la Commission : alors que la CCPSC s'engage dans le sens d'une démystification de la médecine et surtout d'une politisation de la maladie, alors que la réponse aux causes sociales de la maladie se trouve pour elle dans une conception socio-politique de la prévention, la CESBES propose plutôt le développement d'une « médecine globale » qui apparaît, lorsqu'on la compare au modèle de la CCPSC, comme une approche largement dépolitisée – au sens où elle exclut de son « champ visuel » les rapports de domination et de pouvoir qui structurent les enjeux liés à la santé. Nous verrons un peu plus loin (section 5.1.3.2) que ceci est particulièrement apparent dans la politique de la santé proposée par la CESBES, et notamment dans la conception de la prévention (sociale mais non politique) qu'elle suppose.

Il convient néanmoins de préciser que le concept de « médecine globale » mis de l'avant par la CESBES correspond en bonne partie, malgré ses limites, au point de vue des travailleuses et des travailleurs : non seulement rappelle-t-il leur conception globale

de la santé, mais il constitue aussi une réponse au caractère « fragmenté » et « chaotique » du système de soins dénoncé par les syndicats. En effet, au cœur du concept de médecine globale se trouve l'idée d'une meilleure « intégration fonctionnelle des soins » (CESBES, 1970b, p. 15), y compris dans leur dimension sociale :

> Cette intégration met l'accent sur les trois caractéristiques d'une médecine globale : soins complets, continus et personnels. La possibilité pour tout individu d'obtenir la gamme complète des soins, de la prévention à la réadaptation, des aspects socio-économiques aux aspects purement médicaux [...] apparaît comme le fondement nécessaire à une médecine globale. Dans tous les cas et de quelque manière qu'on l'envisage, ces transformations entraînent la mise au ban du morcellement actuel des services de santé. (CESBES, 1970b, p. 15-16)

Plus concrètement, et à l'instar des syndicats qui plaident également pour une telle intégration, la médecine globale signifie un regroupement des différents types de soins : « Suivant cette conception, il faut grouper les soins préventifs, le traitement des maladies aiguës, physiques ou mentales, la réadaptation, y compris la réintégration dans le milieu de travail ou le milieu social en général. » (CESBES, 1970b, p. 15)

Rejoignant encore une fois le point de vue syndical, la CESBES considère que dans cette optique, et contrairement à la médecine traditionnelle centrée sur la pratique médicale individuelle, il est essentiel que la médecine globale soit fondée sur le travail en équipes multidisciplinaires :

> L'équipe multidisciplinaire doit devenir le noyau d'un service orienté vers l'ensemble des problèmes de santé, plutôt que vers le diagnostic et le traitement d'un état aigu. [...] [Les besoins courants de soins] ne relèvent pas uniquement de la médecine, mais dépendent aussi de l'hygiène, des sciences infirmières, de la pédagogie, de la psychologie, et du service social. (CESBES, 170d, p. 193)

Par ailleurs, comme à la CCPSC, la médecine globale implique aussi une certaine remise en question du rapport entre les médecins et les patientes et patients, rapport qui ne doit plus être uniquement centré sur les symptômes de la maladie ; en effet, la

médecine globale – qui s'inscrit dans le modèle social de la médecine – impose la prise en compte, au moment du diagnostic, de la personne dans sa globalité, et notamment des facteurs socio-économiques susceptibles d'affecter sa santé :

> D'autre part, on reconnaît de même l'importance des facteurs socio-économiques dans les troubles mentaux et les désordres organiques. Il devient donc important, au moment d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement, d'étudier les problèmes de façon globale, à la lumière du milieu familial, professionnel et social de chaque individu. Cette rencontre entre une personne et le professionnel de la santé ne sert pas uniquement à identifier une maladie ou à traiter des organes, mais tend plutôt à maintenir ou à restaurer l'équilibre psychologique et organique de l'individu affecté parfois par le milieu. (CESBES, 1970b, p. 16)

De même, on souhaite voir se réaliser, par cette approche globale, une certaine « humanisation » de la relation entre médecins et malades et, plus largement, des services de santé dans leur ensemble :

> La nature même des problèmes de la santé et la menace de la maladie sur le développement et l'équilibre de la personne plaident en faveur d'une relation humaine basée sur la confiance et la compréhension mutuelles entre le client et les établissements, entre les personnes à soigner et le personnel à leur service. (CESBES, 1970b, p. 16)

Cependant, il n'y a pas comme à la CCPSC de contestation directe du pouvoir des médecins au sein de la relation clinique, même si l'ouverture à la participation qu'on souhaite introduire dans le système sanitaire (et sur laquelle nous reviendrons) suppose une certaine altération du pouvoir médical au niveau institutionnel. Bien sûr, le concept de médecine globale implique un décentrement relatif des médecins au sein du système de soins puisque celui-ci doit désormais graviter non plus autour de la profession médicale, mais plutôt autour d'une équipe de soins complète et multidisciplinaire. Néanmoins, on ne peut pas parler comme à la CCPSC d'une volonté de démystification de la médecine : on considère celle-ci comme un domaine de connaissance hautement complexe et les médecins comme les détentrices et les détenteurs d'un savoir peu

accessible au reste de la population. En cela, leur rôle reste crucial dans la réalisation de la médecine globale :

> Comme les progrès de la spécialisation et de la technologie rendront toujours plus complexe le domaine de la santé, la personne et la famille, plus qu'au début du siècle, exigent d'un homme (médecin ou autre) qu'il soit facilement accessible, qu'il connaisse parfaitement les possibilités et les exigences techniques des différents modes de soins et qu'il puisse faire profiter au maximum ses malades des ressources disponibles. (CESBES, 1970b, p. 16)

De plus, bien que la CESBES insiste sur l'importance du développement d'équipes de soins multidisciplinaires, on ne peut pas non plus attribuer à la Commission un objectif de déprofessionnalisation de la médecine, du moins pas dans un sens comparable à celui incarné par les pratiques de la CCPSC : plutôt qu'une remise en question sérieuse du pouvoir des médecins, c'est une rationalisation de la pratique médicale, dans l'optique « d'une utilisation optimale des ressources de soins » (CESBES, 1970d, p. 192), qui est ici visée (en cela, la CESBES rejoint encore une fois davantage le point de vue du mouvement syndical que celui, plus radical, de la CCPSC). En effet, la médecine globale, centrée sur la prévention, ne requiert pas l'utilisation intensive d'un personnel médical de plus en plus spécialisé (et coûteux) :

> compte tenu de la baisse constante du nombre d'omnipraticiens par comparaison au nombre de spécialistes (médecins consultants, professeurs et chercheurs), l'ensemble des médecins constitue un personnel ultraspécialisé par rapport aux fonctions nouvelles d'une médecine centrée sur la prévention, le dépistage, la surveillance et l'amélioration de la santé. (CESBES, 1970d, p. 192)[395]

Or, les ressources humaines du domaine de la santé étant limitées, l'utilisation accrue des services de soins généraux attendue de la réforme exige une utilisation maximale et rationnelle de ces ressources :

---

[395] La CESBES précise, en note de bas de page : « D'ailleurs, il est manifeste que la spécialisation sans cesse accrue de la profession médicale a pour effet, au moins partiel, de reléguer ces fonctions essentielles à l'arrière-plan des préoccupations sanitaires. »

> Les programmes d'action prévus, au plan de la structure d'utilisation des soins, sont impossibles à réaliser, à moins que l'on ne favorise de façon beaucoup plus expresse les substitutions de tâches à l'intérieur du secteur de la santé. En effet, la baisse du taux d'admission à l'hôpital ne peut compenser, quant aux effectifs médicaux du moins, les effets d'une hausse substantielle de la demande de soins généraux. (CESBES, p. 1970d, p. 192)

Dans cette perspective, « il faut adjoindre au personnel spécialisé un personnel assistant dont la formation, sans doute moins poussée, n'en serait pas moins suffisante. » (CESBES, 1970d, p. 192) Davantage qu'une déprofessionnalisation de la médecine, c'est donc la « substitution dans l'exécution des tâches », considérée comme « la seule façon de réaliser une médecine globale, et d'éliminer le plus possible les obstacles d'ordre financier ou physique à l'accès universel aux soins » (CESBES, 1970d, p. 192), qui est ici proposée. Loin de contester le statut des médecins, on précise que « [c]e changement est possible, tout en laissant au médecin la responsabilité première du diagnostic et du traitement » (CESBES, 1970d, p. 192) et ce, même si cette « exigence [...] rend la substitution des tâches [...] assez difficile » (CESBES, 1970d, p. 192).

Nous verrons maintenant que la réalisation du modèle social et l'établissement de la médecine globale passe nécessairement, pour les commissaires, par l'élaboration d'une « politique de la santé » qui : 1) soit elle-même globale, sociale et préventive et qui ; 2) permette la coordination, la planification et la rationalisation du « régime de la santé ». Nous verrons également que si cette politique de la santé correspond elle aussi en bonne partie au point de vue syndical et populaire sur la santé, elle s'en éloigne sur certains aspects. À cet égard, nous pourrons constater que les limites du point de vue de la CESBES par rapport à celui des travailleurs et travailleuses – limites qu'on a pu observer précédemment mais qui se manifestent aussi au niveau de la politique de la santé préconisée par la Commission – correspondent pour l'essentiel à ses points de convergence, rares mais significatifs, avec le point de vue du milieu des affaires.

5.1.3.2 Politique globale, sociale et préventive de la santé et rationalisation du régime

D'entrée de jeu, le chapitre du rapport destiné à introduire la politique de la santé (CESBES, 1970b, chap. 4) insiste sur le fait que si cette politique doit permettre la réalisation du modèle social de la médecine globale, elle doit elle-même reposer sur une conception globale, sociale et préventive de la santé et de la maladie qui tienne compte du « milieu » :

> La maladie et, plus globalement, la santé y sont envisagées comme des éléments de l'équilibre économique entre l'homme ou un groupe d'hommes et le milieu dans lequel ils évoluent. Par cette politique de la santé, on doit donc chercher avant tout à instaurer un régime complet fondé sur une conception globale de l'homme. (CESBES, 1970b, p. 14)

Dans cette optique, la Commission formule deux grands objectifs généraux à la politique de la santé qu'elle recommande : « Une politique complète de la santé vise à améliorer aussi bien l'état de santé de la population que son milieu ambiant. » (CESBES, 1970b, p. 14) À travers ces deux objectifs – 1) l'amélioration de l'état de santé de la population ; et 2) l'amélioration de son milieu ambiant – se manifeste l'importance accordée à la prévention par la CESBES. D'une part, on précise que : « Améliorer l'état de santé d'une population, c'est non seulement soigner et guérir la maladie, mais surtout la prévenir et, éventuellement, réadapter celui qui en est victime. » (CESBES, 1970a, p. 95) D'autre part, dans une perspective tout à fait conforme au « modèle social » défendu par la CESBES, on considère l'assainissement du milieu comme essentiel à la prévention des maladies :

> Si l'on admet l'aspect dualiste de la maladie – déséquilibre causé par la combinaison de facteurs endogènes et exogènes – soigner c'est traiter une personne, sa maladie et ses symptômes, mais c'est aussi agir sur son milieu, afin d'assurer les conditions indispensables à la survie, de prévenir les intoxications et les maladies, de maintenir un climat favorable à la santé et de garantir le bien-être et la joie de vivre. (CESBES, 1970b, p. 17)

Or, et ceci rapproche la CESBES de la CCPSC, l'assainissement du milieu renvoie essentiellement à l'amélioration des conditions de vie :

> Par assainissement du milieu, nous entendons l'amélioration des conditions de vie, en vue non seulement de protéger les individus des facteurs exogènes de maladies – notamment de la pollution du milieu physique, des intoxications ou des maladies infectieuses – mais surtout en vue de favoriser un climat sain qui garantisse le bien-être et la joie de vivre. (CESBES, 1970d, p. 247)

Autrement dit, il apparaît clairement que l'amélioration de la santé et la prévention des maladies – de même que la politique de la santé elle-même – ne peuvent être conçues indépendamment du développement social ou, autrement dit, d'une transformation des conditions sociales génératrices de maladie :

> Dans un autre volume de ce rapport, nous avons établi que la société doit avant tout procurer à l'homme les conditions sociales les plus favorables à son épanouissement dans les diverses formes de son activité. En abordant le chapitre d'une politique de la santé, il nous apparaît utile de rappeler cet objectif primordial dont la santé, tout autant que l'éducation, les loisirs la sécurité du revenu, le travail, le logement ou les services sociaux, est essentiellement tributaire. (CESBES, 1970b, p. 13)

On constate donc que la politique de la santé proposée par la CESBES traduit – à l'instar du modèle social de la médecine global qu'elle défend – une conception de la santé et de la prévention qui, sous plusieurs aspects, se rapproche de manière importante non seulement de celle portée par le mouvement syndical, mais aussi de celle mise de l'avant à la CCPSC. En particulier, la conception de la prévention qui se dégage ici déborde clairement la simple immunisation ou même l'éducation aux saines habitudes de vie pour englober l'action sur les causes sociales de la maladie. En cela, on peut véritablement parler d'une conception large et sociale de la prévention qui fait contraste avec la conception étroite de la prévention qui se profile (lorsqu'elle est

mentionnée, ce qui n'est pas toujours le cas) dans les mémoires soumis à la CESBES par le milieu des affaires[396].

Par ailleurs, la politique de la santé est aussi étroitement associée par la CESBES au projet de rationalisation du régime de la santé qui se trouve au cœur de la réforme qu'elle propose. En effet, tout comme les grandes centrales syndicales, on conçoit la rationalisation du système de santé comme essentielle à la réalisation d'une médecine globale qui réponde à l'ensemble des besoins sanitaires de la population. Ainsi nous avons vu dans la section précédente que du point de vue des commissaires, « [l]'absence d'une politique de la santé cohérente [...] constitue de toute évidence la lacune fondamentale du présent régime de la santé au Québec. » (CESBES, 1970a, p. 175) Au caractère chaotique du régime de la santé de l'époque, on oppose donc la planification et la rationalisation du régime par le biais d'une politique de la santé :

> il est évident que cette lutte [contre la maladie] doit être conduite de plus en plus systématiquement et rationnellement : au cours des prochaines années, la planification prendra graduellement une importance telle qu'elle seule permettra de réduire l'écart grandissant entre les progrès de la recherche médicale et les moyens d'en faire bénéficier la collectivité. (CESBES, 1967, p. 39)

Comme on le constate ici, la nécessité d'une telle rationalisation du système par l'élaboration d'une politique de la santé est d'ailleurs posée dès le premier volume du rapport consacré à l'assurance-maladie. En fait, du point de vue de la Commission, c'est précisément l'instauration d'une assurance-maladie universelle *et publique* (et donc financée par l'État) qui rend essentielle cette rationalisation par le biais d'une intervention directe de l'État dans la planification et la coordination du système sanitaire ou, autrement dit, par le biais d'une politique de la santé. En d'autres termes,

---

[396] Cependant, nous verrons plus loin que la conception de la prévention défendue par la CESBES apparaît néanmoins comme limitée lorsqu'on la compare à celle de la CCPSC. En effet, on ne peut parler, dans le cas de la CESBES et contrairement à la CCPSC, d'une conception socio-*politique* de la prévention. Nous verrons également qu'une certaine distance entre les déclarations de principe de la Commission et l'application concrète qu'elle envisage (ou entre la théorie et la pratique) se manifeste aussi à ce niveau.

la prise en charge financière, par l'État, de la demande de consommation de soins exige « [l]a rationalisation de l'effort financier ainsi consenti par la société » (CESBES, 1967, p. 49).

Ceci est d'autant plus nécessaire qu'« [à] long terme, l'instauration de l'assurance-maladie entraîne un accroissement important de la consommation de soins » (CESBES, 1967, p. 38). En effet, « en même temps que le régime d'assurance-maladie augmente la demande de soins, il pose la nécessité de 'rationaliser' les systèmes de production et de distribution des soins. » (CESBES, 1967, p. 122) Plus précisément, il s'agit de rechercher « [l]'efficacité maximale dans la dispensation des soins » (CESBES, 1967, p. 38). À terme, la rationalisation du système vise évidemment à ce que cette augmentation de la consommation des soins de s'accompagne pas d'une explosion des coûts, qui seront désormais assumés par l'État :

> l'État possède un intérêt direct immédiat dans l'allocation des ressources financières au secteur de la santé afin d'assurer à la population le plus haut niveau de santé. Utilisé de façon optimale, cet investissement évitera la duplication des tâches, le manque de coordination et le retard dans l'évolution des techniques modernes de guérison. [...] l'objectif visé est l'utilisation des divers soins et services selon une combinaison ou dans des proportions permettant d'atteindre, le plus rapidement possible *et au moindre coût*, le niveau de santé souhaité. (CESBES, 1967, p. 126)

Ceci est d'ailleurs réitéré dans le volume 4 du rapport, où il est clairement établi que la planification et l'organisation rationnelle du régime de la santé est essentielle au contrôle des coûts :

> Par quels types d'intervention peut-on infléchir dans l'avenir la courbe des coûts, ou encore retenir dans des limites raisonnables les taux d'augmentation ? Si l'on considère qu'une réduction draconienne de la qualité des soins et des facilités d'accès est incompatible avec les objectifs d'une politique de la santé, deux seuls types d'intervention restent théoriquement possibles. Le premier concerne le contrôle collectif du niveau optimum, de l'éventail et de la qualité des soins à donner à la population. Ces décisions relèvent essentiellement du domaine de la planification générale du régime de la santé. [...] Le second type d'intervention

> vise l'efficacité [économique et sociale] générale des services de santé. (CESBES, 1970a, p. 144)

Tout comme le mouvement syndical, on espère donc réduire les coûts du régime (et notamment de l'assurance-maladie) par une intervention de l'État dans la coordination du système : « La coordination de l'activité des dispensateurs de soins permet à la fois de diminuer le coût des soins et d'en assurer une planification et une distribution judicieuses. » (CESBES, 1967, p. 39)

C'est d'ailleurs aussi dans ce cadre – et non seulement dans l'optique d'une amélioration de la santé de la population – que doit être comprise la priorité accordée à la prévention par la CESBES. La rationalisation du système doit aboutir, dans les termes de la Commission, à une « combinaison optimale des soins » : « l'effet favorable de l'assurance-maladie sur la demande de soins se répercute sur le système de production des soins ; il impose une rationalisation de ce système, afin que le régime donne lieu à une combinaison optimale des soins. » (CESBES, 1967, p. 123) Autrement dit, il s'agit, par la planification, de parvenir à un nouvel équilibre – plus optimal – entre les divers types de soins (préventifs, curatifs, de réadaptation). Or, ce rééquilibrage passe nécessairement par un recentrement du régime sur la prévention :

> Sur le plan social, l'accessibilité comporte une combinaison optimale de soins préventifs et curatifs et de soins de réadaptation. Afin d'obtenir cette optimisation de la consommation collective des soins, il est nécessaire de placer l'accent sur la prévention, facteur important d'élimination et de diminution des risques de la maladie. (CESBES, 1967, p. 36)

La prévention est donc essentielle pour atteindre la « consommation optimale des soins », « l'efficacité maximale du régime » et, ultimement, la réduction des coûts visées par la Commission :

> La section précédente a montré que l'assurance-maladie vise une consommation optimale des soins. Afin d'atteindre cet objectif, il faudra que l'on accorde une attention toute particulière à la prévention en tenant compte des interrelations

> importantes qui existent entre les soins préventifs et curatifs. Dans la lutte contre la maladie, il est indispensable de rationaliser la dispensation des soins en fonction de critères d'efficacité maximale ; d'où une planification globale de l'action collective, qui se concrétisera par l'établissement de structures administratives, la formation d'un personnel compétent, la prévision des ressources financières à investir et l'établissement d'un ordre prioritaire dans la réalisation des divers programmes. (CESBES, 1967, p. 38).

Ainsi, l'atteinte de l'efficacité par le biais de la planification et de la coordination étatique – toujours dans une optique de réduction des coûts – devient l'un des objectifs principaux de la politique de la santé formulée dans le volume 4 du rapport :

> En fonction des objectifs précédents, on augmentera l'efficacité par la poursuite des quatre sous-objectifs suivants : planification de la distribution des soins ; intégration entre eux et avec les autres objectifs généraux de la société ; coordination à l'intérieur du régime de la santé et avec les autres composantes de la société de développement ; et, enfin, évaluation constante. (CESBES, 1970b, p. 22)

Rappelons ici que durant les années 1960, ce sont les syndicats davantage que le milieu des affaires qui réclament, et ce de manière répétée, une rationalisation et une réduction des coûts du système, probablement parce qu'à cette époque, cela implique de s'attaquer non pas à un service public, mais bien aux privilèges de celles et ceux qui sont perçus, par la classe des travailleuses et des travailleurs, comme les actrices et les acteurs dominants du réseau (administrations hospitalières et médecins). En effet, malgré son obsession pour le respect des « capacités financières » de la province, le milieu des affaires s'intéresse peu, dans les mémoires déposés devant la Commission, à la réduction des coûts de production et de distribution des services sanitaires, essentiellement dispensés et financés, à cette époque, dans un cadre privé. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, ce souci pour la réduction des coûts ne deviendra prédominant, parmi la classe capitaliste, qu'à partir du moment où le financement des soins sera assumé par l'État, option que le milieu des affaires rejette unanimement dans les mémoires soumis à la CESBES, en partie justement parce qu'on refuse l'intervention accrue de l'État dans le domaine sanitaire.

Néanmoins, malgré la distance qui sépare le point de vue des commissaires de celui du milieu des affaires, on retrouve, au niveau de la politique de la santé mise de l'avant par la CESBES, cette idée (capitaliste) déjà rencontrée de la santé comme investissement social dans le développement du capital humain. En effet, dès l'introduction du chapitre consacré à l'élaboration d'une politique de la santé, on situe celle-ci non seulement dans des objectifs de bien-être pour la population, mais aussi dans une perspective de gestion de la main-d'œuvre :

> Considérée ainsi dans une perspective de développement social, la santé contribue fondamentalement au mieux-être de l'individu. Elle est le facteur premier d'épanouissement personnel puisque, privée de santé, l'individu n'est pas en pleine possession de ses moyens ; la santé devient donc une exigence sociale. L'équilibre du corps social est, en effet, assuré pour une bonne part par l'intégrité physique et psychique de ses éléments et *son développement dépend largement de la qualité des ressources humaines individuelles ; la faible productivité des populations sous-alimentées des pays en voie de développement n'en fournit-elle pas la meilleure des preuves ?* (CESBES, 1970b, p. 14)

La parenté entre ces préoccupations et celles des grandes fondations capitalistes américaines qui investissent en santé publique au début du XXe siècle est d'ailleurs frappante (voir *supra*, chapitre 2). Dans cette perspective – et la Commission s'éloigne ici du point de vue syndical –, l'assurance-maladie et la politique de la santé deviennent un investissement social dont il s'agit *avant tout* de maximiser le rendement : « Aussi, et nous ne saurions trop insister, devons-nous mettre l'accent, *non pas tant sur l'action thérapeutique que sur le rendement social du régime de la santé*, comme condition essentielle de son bon fonctionnement. » (CESBES, 1970b, p. 14) Cette préoccupation, omniprésente dans le rapport, se manifeste également au niveau de la conception de la prévention mise de l'avant par la CESBES. Si les grandes centrales syndicales voient elles aussi l'intégration des soins curatifs et préventifs comme un moyen de rationaliser le système et d'en réduire les coûts, la Commission va très loin dans l'instrumentalisation de la prévention en vue de son « rendement social » :

> La médecine préventive *est un secteur d'un très haut rendement social et économique*. Dans la perspective de l'établissement d'un régime d'assurance-maladie et devant les coûts élevés des régimes de soins et de services hospitaliers, on ne saurait rester indifférent aux économies considérables qui résulteront d'une organisation plus efficace des systèmes de dépistage et de prévention. L'idéal proposé n'est rien de moins que [...] prévenir la maladie, dans tous les cas où la chose est humainement possible *et économiquement logique*, pour n'avoir pas à la guérir. (CESBES, 1967, p. 175)

De plus, il est intéressant de constater qu'au moment de présenter la politique de la santé destinée à guider l'ensemble des recommandations ayant trait à la réorganisation du système sanitaire, l'argument d'un équilibre entre les développements économique et social mis de l'avant dans le volume sur l'assurance-maladie (voir *supra*, section 5.1.1) semble vouloir laisser place à l'idée, typique du point de vue de la classe capitaliste, d'une prépondérance du développement économique sur le développement social :

> Par développement, nous entendons un développement fondé sur une conception à la fois globale et qualitative de l'homme en société et visant au plein épanouissement de chacun des citoyens. *Toutefois, un tel épanouissement reste soumis aux aléas de la croissance économique régulière*, et plus encore à ceux de la juste répartition des biens de production. (CESBES, 1970b, p. 13)

Ainsi, bien qu'en théorie la Commission défende l'idée que les dépenses sociales (dont celles qui concernent l'assurance-maladie et, plus largement, la santé) sont des investissements dans le capital humain et qu'en cela elles ne sont pas contradictoires avec la croissance économique (voir *supra*, section 5.1.1.1), elle insiste par ailleurs beaucoup sur les contraintes financières qui pèsent, en pratique, sur les possibilités de réforme. Dès l'introduction du chapitre sur la politique de santé, et en contraste avec les grands principes qui y sont énoncés, on s'efforce en quelque sorte de réduire les attentes en invoquant, en ce qui concerne la mise en œuvre de la réforme, les mêmes contraintes que celles soulevées par le milieu des affaires. Ainsi, on évoque, à l'instar de la classe capitaliste, l'insuffisance des ressources humaines dans le système de soins :

> bien qu'il soit essentiel de réorganiser le système actuel [...], il faut compter sur les ressources humaines disponibles ; comme elles sont actuellement mal réparties sur le territoire, en nombre insuffisant dans certaines disciplines ou, encore, souvent mal utilisées ou mal préparées aux nouvelles tâches du régime de la santé proposé, il faudra, pour chacun de ces aspects, donner priorité aux besoins les plus pressants sans pourtant brûler certaines étapes essentielles. (CESBES, 1970b, p. 15)

Surtout, on insiste tout comme le milieu des affaires sur les contraintes financières, considérées ici (comme pour l'assurance-maladie) comme les limites devant guider le rythme d'application de la réforme :

> Cette poursuite [de l'amélioration de l'état de santé de la population par une politique de la santé] *ne peut ignorer les contraintes d'ordre financier et économique.* Même si cette réorganisation selon les orientations proposées n'entraîne pas des dépenses considérables par rapport aux investissements impressionnants du Québec pour la santé, *nos possibilités financières règleront le rythme d'application des mesures préconisées.* » (CESBES, 1970b, p. 14-15)

On assiste donc, au niveau de la mise en œuvre de la réforme, à un certain renversement de perspective par rapport au point de vue du mouvement syndical. Alors que dans le cas des syndicats, l'objectif de rationalisation du système et de réduction des coûts est clairement subordonné à l'objectif d'un accès le plus large possible à des services de qualités, et donc au droit à la santé et au bien-être[397], ce sont les objectifs socio-sanitaires de la politique de la santé qui se retrouvent ici, au niveau de son application éventuelle, subordonnés aux contraintes financières qui, du point de vue de la Commission (et du milieu des affaires) pèsent sur la réforme.

---

[397] Rappelons cet extrait du mémoire soumis à la CESBES en 1968 par la FTQ, qui est très clair à cet égard : « Les réformes précises que nous vous suggérerons pour la réorganisation des services de santé relèvent de la préoccupation de l'aménagement rationel [*sic*] des ressources actuelles et futures en vue d'obtenir un rendement maximum. [...] Au moment où nous insistons pour mettre à la disposition de toute la population les services de santé, il est urgent de s'assurer que les ressources existantes sont utilisées au maximum. *On veut éviter de se faire servir l'argument 'ça coûte trop cher', en rationalisant l'administration actuelle et en augmentant l'efficacité et le rendement des ressources de ce secteur.* » Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. *Op. cit.* p. 17.

Et en effet, au moment de préciser, dans le dernier tome du volume sur la santé, les modalités de mise en œuvre de la réforme et ses implications financières, la CESBES affirme clairement que « le budget consacré à la santé doit demeurer sensiblement dans ses limites actuelles. » (CESBES, 1970d, p. 215-216) Autrement dit, bien qu'en théorie on considère les dépenses sociales et de santé comme un investissement à forte rentabilité qui n'entre pas en contradiction avec la croissance économique, et malgré le fait qu'on affirme, en principe, que dans cette perspective une augmentation substantielle de ces dépenses est possible sans conséquences économiques néfastes, en pratique on se bute à l'impératif d'une mise en œuvre qui doit se faire à coûts nuls.

C'est d'ailleurs précisément dans ce contexte de contraintes financières que la poursuite d'une plus grande efficacité du régime est posée comme l'un des objectifs principaux de la politique de la santé : « *Alors que les ressources financières sont limitées et que les coûts des soins augmentent sans cesse*, il faut accroître le rendement du régime de la santé parallèlement à l'amélioration de la qualité. » (CESBES, 1970b, p. 22) En d'autres termes, grâce à la politique de la santé et à la rationalisation du système qu'elle implique, il devient possible de faire une réforme du régime sans augmenter les dépenses sanitaires :

> L'analyse de leur situation actuelle a convaincu la Commission qu'il est possible de constituer un ensemble de services plus accessibles, de meilleure qualité et de rentabilité accrue sans majorer proportionnellement les ressources affectées présentement au secteur de la santé. (CESBES, 1970d, p. 215)

Toutefois, on précise en conclusion du volume 4 que malgré les gains d'efficacité attendus par la rationalisation du régime, il sera impossible de répondre rapidement à l'ensemble des besoins, notamment en raison des contraintes financières qui, selon la CESBES, limitent les possibilités d'action : « On doit accepter le fait que même une efficacité accrue du régime actuel ne suffirait pas à satisfaire tous les besoins immédiats et encore moins ceux que font déjà surgir la détérioration du milieu et l'élimination progressive des obstacles d'ordre financier. » (CESBES, 1970d, p. 245) Dans une

optique beaucoup plus proche du point de vue capitaliste que de celui des travailleuses et travailleurs, on considère que ces limites imposées par les contraintes financières forcent le gouvernement à faire des choix et à se résoudre, comme pour l'assurance-maladie, à une instauration progressive du nouveau régime de la santé : « La conjoncture actuelle limite forcément la capacité financière du gouvernement et lui impose un choix judicieux d'étapes à suivre dans l'instauration du régime de la santé. » (CESBES, 1970d, p. 244)

Puisque l'instauration du nouveau régime de la santé doit se faire progressivement, il devient nécessaire de définir, comme la CESBES l'avait fait pour l'assurance-maladie, des priorités qui détermineront l'ordre d'implantation de la réforme :

> Pour atteindre les objectifs fondamentaux de la politique de la santé, l'amélioration du milieu et de la santé de la population, le nouveau régime exige l'utilisation rationnelle des ressources humaines et matérielles existantes. Parmi les nombreux moyens de procéder à cette rationalisation, un ordre de priorité s'impose, que nous ramenons à trois : (1°) l'élimination des disparités, (2°) l'élargissement du concept de soins, et (3°) l'assainissement du milieu. » (CESBES, 1970d, p. 244)

Deux éléments importants pour la suite de l'analyse ressortent de cet ordre de priorité. D'abord, il faut préciser que la première de ces priorités, c'est-à-dire l'élimination des disparités, signifie en pratique de prioriser, dans l'implantation des divers programmes, les « groupes défavorisés ». En effet, « [l]a détermination des premières étapes, est-il nécessaire de le souligner, doit tenir compte des besoins les plus pressants. » (CESBES, 1970d, p. 244) C'est ainsi que le développement de services sanitaires dans les régions moins bien pourvues et dans les secteurs défavorisés doivent avoir priorité dans la réorganisation des services : « La santé de certains groupes défavorisés et les facilités de traitement dans certaines zones urbaines et rurales isolées laissent tellement à désirer qu'elles doivent constituer la première préoccupation des pouvoirs publics. » (CESBES, 1970d, p. 245) Ce ciblage des personnes défavorisées est également réitéré en ce qui concerne l'assainissement du milieu : « Si les conditions de vie déterminent

souvent la santé des populations, il faut prêter une attention particulière à celles des pauvres, dont la mauvaise santé reflète la détérioration du milieu et les contraintes économiques et sociales contre lesquelles ils luttent. » (CESBES, 1970d, p. 247)

Or, une telle approche – imposée, rappelons-le, par les contraintes financières qui, du point de vue des commissaires, limitent les possibilités de réformes – pointe vers le développement de programmes de type « résiduel » (plutôt qu'universel) historiquement dénoncés par les syndicats et promus par le milieu des affaires. Si l'intention de la Commission est clairement de proposer une réforme globale et à portée universelle du système de santé, il y a là le germe d'une tendance qui, en plus d'être également présente dans sa présentation du modèle des CLS lui-même (voir *infra*, section 5.2), se développera davantage dans les années subséquentes (voir *infra*, chapitre 8).

Ensuite, il convient de faire remarquer que dans l'ordre de priorité établi par la Commission, l'assainissement du milieu est relégué au troisième plan. Ceci contraste avec le modèle social de médecine promu par la CESBES et qui place une conception large et sociale de la prévention au cœur de son approche. De plus, alors qu'en théorie on considère que la santé est intimement liée aux conditions sociales, on soutient en pratique que les domaines du social et de la santé peuvent être distingués. Ainsi, au niveau de l'application éventuelle de la politique de la santé énoncée dans le rapport, on considère que l'assainissement du milieu – c'est-à-dire essentiellement l'amélioration des conditions de vie – ne relève pas directement du régime de la santé :

> La santé dépend, en partie, d'une adaptation satisfaisante aux milieux physique et social. Il faut, en conséquence, se préoccuper des conditions de vie sur tous les plans : sécurité économique, aménagement du territoire, loisirs, éducation, etc., *autant d'aspects qui dépassent largement le champ d'action du régime de la*

> *santé comme tel et qui deviennent des objectifs pour notre société*. (CESBES, 1970d, p. 248)[398]

Cette nouvelle contradiction entre les principes énoncés par la Commission et les modalités d'application de la réforme est liée à une autre limite du point de vue de la CESBES par rapport à celui des travailleuses et travailleurs. On a vu que les commissaires partagent avec le mouvement syndical et populaire une conception large de la prévention qui renvoie non seulement à l'immunisation, au dépistage des maladies et à l'éducation aux saines habitudes de vie, mais aussi à l'action sur les causes sociales de la maladie, et donc sur les inégalités sociales, la pauvreté et les conditions de vie malsaines qui lui sont associées – ce que la CESBES appelle « l'assainissement du milieu ».

Là s'arrête toutefois la comparaison, puisque si la CESBES défend elle aussi une conception *sociale* de la prévention qui tient compte des causes sociales de la maladie, elle n'ira pas comme la CCPSC jusqu'à développer une conception socio-*politique* de la prévention, c'est-à-dire une conception de la prévention qui passe par la *politisation de la maladie*. Plutôt qu'une perspective citoyenne de contestation sociale des injustices et de revendication politique pour la transformation des conditions de vie malsaines – qui s'organise à la CCPSC *à partir de la Clinique elle-même, et donc « de l'intérieur » des services sanitaires* –, on retrouve dans le rapport de la CESBES une perspective largement dépolitisée qu'on pourrait qualifier – à l'instar de plusieurs analystes de l'histoire des CLSC – de technocratique.

En effet, du point de vue de la CESBES, l'enjeu de l'amélioration des conditions de vie et de l'atténuation des inégalités sociales – qui n'est pas ici, rappelons-le, conçu dans l'optique de rapports d'exploitation et/ou de domination – apparaît, au niveau des solutions concrètes qui sont préconisées, comme un problème technique relevant d'une expertise particulière davantage que comme un enjeu politique renvoyant à des rapports

---

[398] C'est moi qui souligne.

de force. Dans cette optique, le problème de l'assainissement du milieu apparaît, en pratique, comme un problème appartenant simplement à un domaine d'expertise extérieur à celui de la santé :

> Envisagé dans une perspective de développement de l'homme, le régime de la santé se préoccupe de son rendement social. À cette fin, il s'attache aux sources de maladies, quelles qu'elles soient. *S'il ne lui appartient pas de façon immédiate d'améliorer l'habitat, le milieu de vie, le genre de vie, responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences écologiques et des sciences socio-économiques,* il doit, en revanche, intervenir de façon énergique dans le dépistage et la prévention des maladies elles-mêmes, autant sinon plus qu'au stade curatif ; il doit aussi assurer l'éducation sanitaire de la population et l'information sur les déséquilibres biophysiques ou sociaux qui mettent en péril la santé. (CESBES, 1970b, p. 17)[399]

Ainsi, la conception large et sociale de la prévention mise de l'avant par la CESBES tend à se réduire, en pratique, à ses aspects plus strictement médicaux et au mandat traditionnel de vigile et d'éducation sanitaires typique de l'hygiène publique (et dont nous avons vu qu'il correspond davantage au point de vue de la classe capitaliste)[400]. Par moment, et en contradiction avec son approche sociale et globale de la santé, la Commission reprend d'ailleurs à son compte la perspective bourgeoise d'une responsabilité individuelle à l'égard de la santé qui valorise les stratégies plus traditionnelles (et individualistes) de prévention :

> Inculquer à la population des habitudes de vie saines et rendre les individus conscients, par des mesures appropriées d'éducation sanitaire, que leur santé, comme celle des autres, constitue une de leurs premières responsabilités, voilà certes une condition fondamentale d'accès aux soins et de rendement social d'un régime de la santé. (CESBES, 1970b, p. 19)

---

[399] C'est moi qui souligne.

[400] Nous verrons que les documents ministériels des années 1970 et 1980 concernant les CLSC oscilleront entre cette conception finalement plutôt restreinte de la prévention et la conception plus large également formulée par la CESBES.

Contrairement à celui développé à la CCPSC, le point de vue de la CESBES est donc caractérisé par une perspective « dépolitisée », au sens où il ignore les rapports de domination et de pouvoir sous-jacents à la santé et à la maladie et où il ne s'inscrit pas de manière assumée dans le rapport de force qui traverse ces enjeux. Cette perspective – qui se traduit aussi par des tendances technocratiques – est également visible au niveau de l'approche préconisée par la Commission afin de connaître les besoins sanitaires de la population, question qui renvoie également à l'enjeu de la participation citoyenne dans le futur régime de la santé.

Nous avons vu que pour la CESBES comme pour le mouvement syndical, l'inadaptation du régime de la santé aux besoins réels de la population constitue un de ses défauts majeurs. Dans cette optique : « La conception et la mise en œuvre de programmes médico-sanitaires adaptés au Québec exigent une connaissance préalable de l'état de santé de la population et des maladies dont elle est atteinte. » (CESBES, 1970a, p. 59) Or, du point de vue de la CESBES, cette connaissance est avant tout le résultat d'une expertise venue « d'en haut », plutôt que le fruit, comme à la CCPSC, de la contestation sociale, de la mobilisation politique et de l'expression démocratique de leurs besoins par les citoyennes et les citoyens eux-mêmes.

Bien sûr, la CESBES se rapproche du mouvement syndical et du mouvement populaire dans la mesure où elle considère que l'adaptation efficace du régime aux besoins passe par une certaine participation de la population au régime de la santé :

> Pour évaluer le régime de la santé, il faut considérer les trois parties en présence qui déterminent son application et, finalement, son efficacité : les pouvoirs publics, qui l'orientent, le normalisent et le financent ; les professionnels de la santé, de toutes spécialités et de tous niveaux, qui donnent les soins, *et les clients qui les reçoivent*. Même si l'État ou ses organismes délégués demeurent en dernière analyse les responsables suprêmes du régime, *ses objectifs seront mieux définis et plus conformes aux besoins* s'ils sont établis d'un commun accord par les trois parties. (CESBES, 1970b, p. 20)

C'est d'ailleurs en partie dans ce sens – et non seulement parce qu'il tient compte des effets du milieu sur la santé et la maladie – que la CESBES qualifie le régime de la santé qu'elle préconise de régime « ouvert », par opposition au « régime fermé » que représente le « modèle médical traditionnel » : « le système doit être sensible aux influences de la société et s'adapter constamment aux conditions du milieu et à ses contraintes. » (CESBES, 1970b, p. 27) Or, cette sensibilité du régime aux influences de la société passe notamment par une certaine ouverture à la participation de la population, conçue comme un « partenaire » du système :

> les liens organiques de participation devront s'établir entre les trois partenaires [État, professionnelles et professionnels de la santé, bénéficiaires des services] dans un dialogue constant qui permet de canaliser les progrès des sciences de la santé et des autres sciences *et de les adapter à la demande et aux besoins réels de la population*, sans négliger les autres secteurs de la vie québécoise. (CESBES, 1970b, p. 20)

Toutefois, et nous le verrons plus concrètement lorsqu'il s'agira de présenter plus spécifiquement le modèle des CLS, cette ouverture à la participation de la population apparaît comme considérablement limitée lorsqu'on la compare au modèle de gestion démocratique de la CCPSC. En effet, la participation est davantage évoquée par la CESBES dans une perspective d'humanisation des soins que dans une optique d'*empowerment* des citoyennes et des citoyens par rapport à leur santé. Il est d'ailleurs révélateur que pour la Commission, la participation soit conçue dans le langage du marché et de la consommation plutôt que dans celui du pouvoir : on parle de « clients » ou encore de « partenaires » plus souvent que de citoyennes et de citoyens[401].

De plus, alors que la construction d'un véritable « pouvoir citoyen » sur la santé se présente comme centrale au projet de la CCPSC, l'ouverture à la participation manifestée dans le rapport de la CESBES apparaît plutôt comme périphérique à sa

[401] Nous verrons que le projet de loi et la loi qui donneront naissance aux CLSC référeront pour leur part aux « usagers » des établissements.

réflexion d'ensemble. En effet, bien que le type de participation qu'on souhaite voir s'établir est exposé avec assez de précision dans la description des structures administratives du futur régime de la santé, la question de la participation est peu mentionnée par la CESBES au niveau des principes qui gouvernent sa démarche. Ceci est d'autant plus étonnant lorsque l'on sait que cette question deviendra un des enjeux centraux des débats qui entoureront la naissance et les premières années d'existence des CLSC.

Ainsi, alors que la CCPSC s'appuie principalement sur son mode de gestion démocratique et sur la mobilisation politique des citoyennes et des citoyens du quartier pour en arriver à connaître leurs besoins, et bien que, de manière analogue, la CESBES s'appuie en partie sur une ouverture du régime à la participation de la population pour connaître ses besoins sanitaires, c'est principalement à l'État – et plus spécifiquement au ministère de la Santé – et à l'expertise des spécialistes du domaine socio-sanitaire qu'échoie, du point de vue des commissaires, la responsabilité de dresser « d'en haut » un portrait de ces besoins et, sur cette base, de planifier l'organisation, la coordination et la rationalisation des services ou, autrement dit, d'élaborer une politique de la santé :

> Le ministère de la Santé doit assumer le leadership, autant dans la définition de sa politique que dans l'instauration du régime proposé. Il doit, dans le domaine de la santé, planifier et coordonner toutes les activités, qu'elles relèvent de l'hôpital, de l''unité sanitaire', des services psychiatriques, de la Commission des accidents du travail ou de tout autre service, organisation ou établissement, pour en accroître l'efficacité et garantir à la population l'accès universel à des soins de qualité. (CESBES, 1970d, p. 244)

La Commission elle-même recourt d'ailleurs largement aux études produites par les experts et les expertes du domaine de la santé et des services sociaux – ainsi que par ceux et celles du ministère de la Santé – dans sa propre évaluation des besoins socio-sanitaires de la population : « Les études sur l'état de santé de la population et les statistiques dont dispose le ministère de la Santé permettent de repérer les endroits les plus défavorisés et les carences présentes en matière de soins. » (CESBES, 1970d,

p. 245) On ne peut d'ailleurs qu'être frappé par le langage fortement technocratique dans lequel elle exprime ses considérations quant à l'arrimage des services aux besoins réels :

> les objectifs d'accès aux soins, de qualité des soins et d'efficacité de la distribution impliquent, au plan opérationnel, que le régime de la santé atteindra une structure et un degré optimum d'utilisation des soins. La détermination de ce degré optimum nécessite sans aucun doute une meilleure connaissance de nos besoins et une étude approfondie de la relation entre l'utilisation des soins et l'état de santé de la population. (CESBES, 1970d, p. 178)

De même, dans le contexte de contraintes financières qui, du point de vue de la CESBES, structurent les possibilités de réformes, un des objectifs de la politique de la santé consiste à « appliquer à l'ensemble de l'univers de la santé le concept économique de la fonction de production » afin « que le système de soins atteigne son efficacité maximale » et que l'on soit en mesure, malgré ces contraintes, de « produire au moindre coût un niveau de santé donné » (CESBES, 1967, p. 40). Or, le « niveau de santé » souhaité doit quant à lui être défini non pas par les citoyennes et les citoyens eux-mêmes en fonction de leurs besoins, mais bien par le système sanitaire en fonction de ces contraintes financières : « Le régime doit donc s'efforcer de définir précisément l'état de santé jugé adéquat pour notre société, compte tenu des ressources, en vue de déterminer les normes optimales. » (CESBES, 1970b, p. 21)

C'est donc principalement à partir de ce qu'on appellera quelques années plus tard une « approche populationnelle » – c'est-à-dire une approche fondée sur des indicateurs de l'état de santé des populations produits par les expertes et experts du secteur socio-sanitaire[402] – davantage que par la participation et la politisation des citoyennes et des citoyens, que sont déterminés, par des procédés plus technocratiques que

[402] L'approche populationnelle se distingue par ailleurs de l'approche individualiste typique de la pratique médicale traditionnelle par le fait qu'elle instaure le principe d'une « responsabilité populationnelle » pour chaque établissement, qui devient ainsi « responsable » d'assurer les services nécessaires à l'ensemble de la population d'un territoire donné. Cette idée est également présente dans le rapport.

démocratiques, les besoins de la population et que peut être formulée la politique de la santé : « Un des objectifs majeurs de la détermination des indices de santé vise à formuler une politique de la santé basée sur les besoins de la population. » (CESBES, 1970a, p. 92)

Malgré ces limites, et bien que sous certains aspects significatifs le point de vue de la Commission rejoigne celui du milieu des affaires, il n'en demeure pas moins que la CESBES propose une réforme du régime de la santé qui, dans l'ensemble, correspond fortement aux revendications et aux aspirations de la classe des travailleuses et des travailleurs telles qu'exprimées durant les années 1960. Ceci est également vrai en ce qui concerne une des recommandations phares de la Commission, à savoir la création d'un réseau complet de Centre locaux de santé (CLS) destiné à incarner, plus que tout autre établissement du système sanitaire, les grands principes de la réforme – et donc le point de vue sur la santé porté par la CESBES. C'est à la forme particulière prise par ce modèle, dans ce qui constitue ici sa première formulation officielle, que la prochaine section est consacrée.

5.2 Le modèle des Centre locaux de santé (CLS) dans le rapport de la CESBES

5.2.1 Les CLS dans le nouveau « régime de la santé »

Comme on a pu le constater dans la première partie du chapitre, la recommandation de créer un réseau complet de CLS s'inscrit dans le cadre plus général de recommandations visant une réforme et une rationalisation complètes de l'ensemble du régime de la santé et du réseau des établissements qui le constituent. Autrement dit, la réforme proposée est loin de se limiter à la création du modèle des CLS : on propose en plus une redéfinition de la nature et du rôle des hôpitaux, une redéfinition du rôle du ministère de la Santé et la création d'Offices régionaux de la santé (ORS) destinés

à permettre une véritable régionalisation et une certaine démocratisation de l'administration du régime, démocratisation qui passe également par une réforme majeure des structures administratives de l'ensemble des établissements. Sans faire une présentation exhaustive du régime proposé, il convient néanmoins d'en présenter les grandes lignes : considérant les liens organiques qui doivent le lier au régime dans son ensemble, une telle démarche apparaît comme essentielle pour comprendre le modèle des CLS lui-même.

Les CLS s'insèrent donc dans un nouveau « régime de la santé » organisé en cinq paliers : 1) les CLS ; 2) les centres communautaires de santé (CCS) ; 3) les centres hospitaliers universitaires (CHU) ; 4) les ORS ; et 5) les organismes centraux, dont principalement le ministère de la Santé[403]. Aux trois catégories d'établissement formant les trois premiers paliers du régime correspondent trois « niveaux de soins » : les soins généraux, les soins spécialisés et les soins ultraspécialisés. Ainsi, les CLS (1er palier) deviennent « le noyau de l'organisation des soins au niveau général » (CESBES, 1970b, p. 42) ; les CCS (2e palier) consistent essentiellement dans une redéfinition des objectifs et des fonctions des hôpitaux généraux, désormais principaux responsables des soins spécialisés, mais aussi « de la distribution d'une partie des soins généraux [...] et, occasionnellement, des soins ultraspécialisés (CESBES, 1970b, p. 45) ; et les CHU (3e palier) sont des centres hospitaliers régionaux qui offrent aussi toute la gamme de soins (généraux, spécialisés et ultraspécialisés) mais qui deviennent « l'endroit par excellence de la distribution des soins ultraspécialisés tant sur le plan physique que mental » (CESBES, 1970b, p. 50), en plus d'être « des centres d'enseignement et de recherche » (CESBES, 1970b, p. 49).

[403] Les autres organismes centraux sont : le ministère de l'Éducation (chargé de la formation des professionnelles et des professionnels de la santé) ; la Régie de l'assurance-maladie ; les ordres professionnels ; et le conseil supérieur de la santé, organisme consultatif rattaché au ministère de la Santé.

De plus, chaque « niveau de soins » et chaque catégorie d'établissement doit aussi intégrer, conformément aux principes de la médecine globale, les divers « types » de soins : un des principes directeurs de l'organisation du nouveau régime est « le groupement des activités de distribution des soins de tous types (curatifs, préventifs et de réadaptation dans le domaine de la santé physique et mentale) en unités de distribution offrant la gamme complète des soins, mais distinctes selon les trois niveaux de soins : généraux, spécialisés et ultraspécialisés » (CESBES, 1970b, p. 99)

La réforme proposée par la CESBES implique également une redéfinition considérable du rôle du ministère de la Santé (5e palier du régime). Ainsi, « alors que son rôle actuel de planification se limite à celle de certains soins curatifs et à la distribution des soins préventifs par les 'unités sanitaires' », le ministère doit désormais être responsable de « la planification générale de la distribution des soins (curatifs, de réadaptation ou préventifs) » (CESBES, 1970b, p. 137). En effet, tel que stipulé dès le premier volume de son rapport, « la Commission est d'avis qu'une intégration complète de l'ensemble des services de santé sous l'autorité ultime du ministre de la Santé est essentielle. » (CESBES, 1967, p. 126) Autrement dit, et comme cela a déjà été mentionné, le ministère de la Santé devient responsable de la « définition de la politique générale de la santé » (CESBES, 1970b, p. 135)[404].

Cet élargissement du rôle du ministère de la Santé est toutefois contrebalancé par l'autre grande innovation – avec les CLS – recommandée par la CESBES : la création d'ORS (4e palier du régime) ou, autrement dit, d'un palier administratif intermédiaire entre le ministère de la Santé et le réseau des établissements. Cette recommandation, qui vise notamment à éviter une « trop grande centralisation » (CESBES, 1970b,

[404] Pour l'énumération exhaustive des fonctions du ministère de la Santé, voir les points 1 à 6 dans CESBES (1970b, p. 135-136). Par ailleurs, et contrairement à la FTQ (voir *supra*, chapitre 4), notons que malgré sa conception globale et sociale de la santé, la CESBES ne recommande pas l'intégration du ministère de la Santé et celui du Bien-être et de la Famille. Rappelons néanmoins que leur intégration dans le ministère des Affaires sociales sera une des premières actions de Claude Castonguay au moment de son arrivée au ministère de la Santé.

p. 135) du régime, est elle aussi très proche des revendications syndicales (voir *supra*, chapitre 4) : plus que la création d'un simple palier administratif régional, la CESBES propose une véritable décentralisation au sein d'organismes régionaux dotés de réels pouvoirs et conçus comme des lieux de participation de la population à l'administration du régime :

> L'ORS est une personne morale distincte de l'État québécois et il est l'agent de la collectivité régionale. [...] l'ORS dispose de la capacité juridique et de pouvoirs délégués par l'État. Par suite d'une décentralisation, l'ORS est donc, au niveau régional, l'organisme administratif de la puissance publique pour le secteur de la santé. » (CESBES, 1970b, p. 124)

Si une présentation détaillée de ces organismes dépasserait le cadre de la présente démarche, il convient néanmoins de préciser que la régionalisation du régime de la santé est conçue par les commissaires comme un instrument central dans la réalisation des principaux objectifs de la réforme[405] :

> La régionalisation du régime de la santé répond à la conception globale, à la planification intégrée et à la coordination de ses fonctions multiples dans un territoire géographique délimité. Si l'on veut qu'elle atteigne ses objectifs, la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime de manière à ce qu'elles soient adaptées aux conditions particulières du territoire. (CESBES, 1970b, p. 53-54)[406]

Du point de vue de la Commission, une véritable décentralisation des pouvoirs dans les ORS constitue d'ailleurs, avec la création des CLS, le pivot de la réforme : « Le pivot de toute la réorganisation du régime de la santé, on s'en rend compte aisément, réside

---

[405] L'enjeu de la régionalisation/décentralisation dans la Réforme des Affaires sociales a fait l'objet de plusieurs analyses qui suggèrent que certaines des tendances à l'œuvre dans l'histoire des CLS/CLSC, sur lesquelles nous reviendrons dans plus loin, sont également présentes dans l'évolution du modèle des ORS (devenus, dans la loi de 1971, des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). À ce sujet, voir : Labrie et Lemieux (1979) ; Lemieux *et al.* (1974) ; Lemieux et Turgeon (1980) ; Lesemann (1978).

[406] La régionalisation, si elle n'est pas limitée au système hospitalier, « entraîne également l'intégration, au sein d'un même système de distribution des soins, de toutes les fonctions ou types de soins, c'est-à-dire les soins préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation. » (CESBES, 1970b, p. 54)

dans la création d'ORS qui jouissent de larges pouvoirs délégués par l'Assemblée nationale. » (CESBES, 1970d, p. 235) Dans sa première version officielle, l'ORS est donc doté de pouvoirs considérables et a notamment pour fonctions :

> 1) d'établir une programmation et une planification régionale du secteur de la santé [...] ; 2) d'organiser la distribution régionale des soins en accord avec les normes provinciales ; 3) d'approuver les plans d'immobilisations de tous les établissements, y compris ceux des universités et des CHU quant aux installations de santé ; 4) de proposer et d'administrer le budget régional de la santé, à partir de l'enveloppe financière annuelle mise à sa disposition par le ministère de la Santé [...]. (CESBES, 1970b, p. 125)

Néanmoins, malgré la décentralisation des pouvoirs et de l'administration du régime, le ministère de la Santé doit continuer d'être responsable, notamment, de la « détermination des objectifs généraux » du régime, de l'« établissement du budget provincial de la santé et [du] partage de ce dernier en budgets régionaux », ainsi que, bien sûr, de la « surveillance des organismes administratifs régionaux responsables de l'exécution des objectifs régionaux [les ORS] » (CESBES, 1970b, p. 135). L'autonomie de ces derniers est donc, jusqu'à un certain point, limitée. En effet :

> Dans notre système politique, le gouvernement demeure l'ultime responsable de l'allocation et de l'utilisation des ressources affectées au secteur de la santé. Les recommandations visant à déléguer certains pouvoirs de planification et de coordination des services aux ORS et à confier la distribution des soins spécialisés et généraux aux CCS et aux CLS qui leur sont rattachés ne signifient pas une diminution de pouvoirs et de responsabilités pour le ministère de la Santé. (CESBES, 1970b, p. 137)

Toutefois, la CESBES précise que « [m]ême si le ministère de la Santé conserve tous les pouvoirs généraux d'intervention intégrale, le ministre n'utilise ces pouvoirs qu'en cas d'urgence ou en dernier ressort. » (CESBES, 1970b, p. 137)

Si les ORS sont considérés par la CESBES comme le pivot de la réforme, c'est-à-dire comme le levier à partir duquel pourra se réaliser la réorganisation du régime, nous verrons maintenant que les CLS sont quant à eux conçus par les commissaires comme

le « pivot du régime de la santé » (CESBES, 1970d, p. 179), c'est-à-dire comme les établissements du réseau qui doivent, plus que tout autre, incarner les grands principes énoncés dans le rapport.

5.2.2 Les CLS comme pivot du régime de la santé : les principaux aspects du modèle

Du point de vue de la CESBES, l'implantation d'un réseau complet de CLS est décisive pour permettre de réaliser concrètement les objectifs de la réforme. Ainsi, les CLS doivent jouer un rôle crucial dans : le passage d'un système hospitalo-centrique à un régime centré sur les soins généraux (section 5.2.2.1) ; le virage du curatif au préventif (section 5.2.2.2) ; et la remise en question de la pratique médicale individualiste au profit d'une médecine globale fondée sur une pratique en équipes de soins multidisciplinaires (section 5.2.2.3). Nous verrons toutefois que si le modèle de gestion prévu pour les CLS doit favoriser, à l'instar des autres établissements du réseau, une certaine participation de la population au sein du régime, c'est au niveau des ORS davantage qu'à celui des CLS que doit se réaliser le passage d'un régime « fermé » à un régime « ouvert », c'est-à-dire sensible aux besoins sanitaires réels de la population (section 5.2.3)[407]. À cet égard, nous pourrons constater que les tensions observées précédemment entre l'ouverture à la participation démocratique et une approche plus

[407] Ceci fait contraste avec le fait que le modèle des CLSC sera quant à lui perçu, quelques mois plus tard, comme le lieu principal de la démocratisation du régime. On peut voir là les conséquences de l'abandon de deux recommandations importantes de la CESBES. D'une part, ce contraste est lié à l'abandon du projet d'une véritable décentralisation dans les ORS, qui sont dans le rapport de la CESBES les lieux où la participation de la population s'accompagne de pouvoirs réels dans la détermination des programmes (nous y reviendrons, section 5.2.3). Or, les ORS seront remplacés dans la loi de 1971 par des organismes purement consultatifs : les CRSSS. D'autre part, l'importance prise par la participation dans le modèle des CLSC en comparaison du modèle des CLS est aussi liée à l'abandon du projet d'une véritable intégration des établissements. En effet, comme nous le verrons plus loin (section 5.2.3), on prévoyait très peu d'autonomie pour les CLS dans la détermination de leurs orientations, de leurs priorités et de leurs programmes, ceux-ci devant à l'origine être du ressort d'abord des ORS et des CCS chargés d'accréditer les CLS.

technocratique sont également à l'œuvre au niveau plus concret de l'opérationnalisation du régime.

5.2.2.1 De l'hospitalo-centrisme à un régime centré sur les soins généraux : les CLS comme principale porte d'entrée du régime de la santé

Si les CLS sont considérés par les commissaires comme le pivot du futur régime de la santé, c'est d'abord parce que ce sont ces établissements qui doivent devenir les principaux responsables de la distribution des soins généraux :

> L'accent mis sur une médecine globale qui veut répondre aux besoins les plus courants, de façon continue et complète, au niveau même où ces besoins surgissent, témoignent qu'il y a place dans le régime de santé pour une utilisation plus extensive des soins généraux, principalement la prévention et le dépistage des maladies. L'organisation des CLS comme pivot du régime de la santé repose sur cette conviction. (CESBES, 1970d, p. 179)

En effet, « [l]e régime de la santé réalise sa tâche primordiale d'abord et surtout au niveau des soins généraux. » (CESBES, 1970b, p. 31) Sur la base d'expériences internationales, la CESBES juge d'ailleurs que « 80 à 90 pour cent des malades peuvent être pris en charge complètement par une équipe de la santé, au niveau des soins généraux décrits dans la présente section. » (CESBES 1970b, p. 35) On considère donc que ce niveau de soins a une importance cruciale dans la capacité du régime à répondre aux besoins sanitaires primaires de la population, conçus dans un sens très large :

> Le niveau des soins généraux doit répondre aux besoins de santé d'une population qu'on peut pleinement satisfaire sans recourir aux installations et aux soins spécialisés. Il comprend la gamme complète des soins : prévention, conseil, éducation sanitaire, diagnostic, traitement et réadaptation, sur les plans émotionnel, mental et physique. (CESBES, 1970b, p. 31)

En cela, les CLS sont également les plus susceptibles de favoriser le passage vers une médecine globale :

> Le CLS est, dans la structure du régime proposé, une unité de distribution des soins généraux (curatifs, préventifs et de réadaptation) de premier niveau. Il favorise une évolution de la médecine que nous connaissons aujourd'hui vers une médecine globale offrant aux familles l'accueil et les soins généraux de façon personnelle et continue. (CESBES, 1970b, p. 101-102)

Dans cette optique, on souhaite que ces établissements deviennent la porte d'entrée principale du réseau : la Commission recommande « QUE le centre local de santé soit le premier responsable de la distribution des soins généraux » (CESBES, 1970b, p. 64) et qu'on y intègre

> les soins distribués par les 'unités sanitaires', les services de santé scolaires et les services municipaux de santé ; les soins généraux donnés dans les consultations externes *et les cabinets privés* ; les soins dentaires et optiques ainsi qu'une partie du services social médical et des soins à domicile [...]. (CESBES, 1970d, p. 222)

Considérant les développements historiques subséquents, il convient de souligner ici que la CESBES souhaitait clairement l'intégration dans les CLS des médecins omnipraticiens qui pratiquaient jusqu'alors en cabinet privés. Toutefois, malgré cette position claire, la Commission adopte face à la persistance de pratique médicale individuelle une attitude proche du fatalisme qui rappelle ses positions sur le mode de rémunération des médecins : « Nous ne croyons pas que l'exercice individuel de la médecine disparaisse totalement, du moins à court ou à moyen terme. » (CESBES, 1970b, p. 103) D'ailleurs, elle n'osera pas ici non plus recommander une approche coercitive et préconisera plutôt des mesures incitatives. Ainsi :

> La Commission recommande [...] QUE tous les médecins engagés dans la distribution des soins généraux soient fortement encouragés à organiser leur travail au sein d'équipes de la santé qui comprennent au moins deux ou trois médecins, des infirmières cliniciennes et quelques infirmières soignantes. (CESBES, 1970b, p. 63)

Néanmoins, elle préconise également « QUE les médecins exerçant seuls s'affilient à un CLS, de façon que leurs malades trouvent la complémentarité et la continuité des soins généraux qu'ils ne peuvent leur offrir. » (CESBES, 1970b, p. 105)

Par la création d'un réseau de cliniques responsable de la distribution des soins généraux et destiné à devenir la principale porte d'entrée du réseau, la CESBES espère non seulement favoriser le passage à une médecine globale, mais elle souhaite aussi mettre fin aux tendances hospitalo-centriques du réseau : « Nous sommes convaincus que le développement d'un réseau complet de centres locaux de santé équilibrera plus facilement le recours aux soins généraux et à l'hospitalisation. » (CESBES, vol. 4.4, p. 178) En cela, les CLS ont également une fonction stratégique à jouer dans la réduction des coûts du futur régime de la santé.

Nous avons vu précédemment que, du point de vue de la Commission (qui rejoint en cela celui du milieu des affaires), des contraintes financières pèsent sur les possibilités de réforme et qu'en cela, la réforme doit se faire à coûts nuls. Nous avons vu également que pour la CESBES (comme pour les syndicats) la surutilisation de l'hôpital constitue une source majeure de dépenses inutiles et de gaspillage des ressources. Dans cette optique, la remise en question du caractère hospitalo-centrique du régime par la création d'établissements responsables de la distribution des soins généraux devient cruciale : « La mise en place d'un réseau de soins généraux doit diminuer le nombre d'admissions à l'hôpital. En regard de la situation qui prévaut, il est extrêmement important que le régime de la santé réduise l'hospitalisation. » (CESBES, 1970d, p. 186) Et puisque le développement d'un réseau complet de cliniques de première ligne ne peut se faire par l'ajout de nouvelles ressources, il doit se faire par le biais d'un transfert des ressources à partir du réseau hospitalier :

> des contraintes au plan des ressources humaines, matérielles et financières empêchent d'accroître l'accès aux soins de première ligne autrement qu'en libérant des ressources du secteur hospitalier. En l'absence d'un réservoir plus abondant de ressources, il faut transférer celles dont on dispose et modifier la

> structure de leur utilisation ; cette politique est incontestablement nécessaire à la poursuite d'une utilisation optimale des soins. (CESBES, 1970d, p. 187)

Or, si les CLS sont considérés comme le pivot de la réforme, c'est aussi parce qu'ils doivent permettre de la réaliser sans dépenses supplémentaires :

> Un des facteurs qui devrait le plus influer sur le financement du régime de la santé est lié aux modifications que subira l'utilisation des services de santé : l'utilisation actuellement exclusive de l'hôpital, dont les installations, l'organisation et les coûts d'exploitation correspondent à une fonction très spécialisée, doit céder le pas au CLS, nouveau responsable des soins généraux. En effet, la mise sur pied d'un réseau de soins généraux mobilise un ensemble de ressources humaines, matérielles et financières tel qu'on n'en peut envisager la possibilité que grâce à l'économie réalisée par une utilisation plus judicieuse des hôpitaux. (CESBES, 1970d, p. 215-216)

Dans cette optique – et considérant que, en raison de ces mêmes contraintes financières, la réforme doit se réaliser progressivement –, la Commission insiste lourdement pour que, dans l'ordre d'implantation de la réforme, le développement du réseau des CLS soit considéré comme une priorité :

> L'élimination des obstacles de tous ordre qui empêchent ou limitent l'accès aux soins doit avoir préséance sur toute politique d'expansion des établissements hospitaliers ou d'extension des soins spécialisés ou ultraspécialisés. [...] L'organisation de la distribution des soins généraux, répétons-le, doit avoir préséance sur l'expansion des établissements qui se consacrent aux soins spécialisés et ultraspécialisés. (CESBES, 1970d, p. 245-246)

Néanmoins, et malgré le caractère prioritaire des CLS, on préconise ici aussi une application progressive du programme d'implantation du futur réseau : « Nous sommes conscient que l'organisation de la distribution des soins généraux selon ces types de formules [de CLS] doit se faire de façon progressive » (CESBES, 1970b, p. 103). De plus, la CESBES préconise la prudence dans le développement du réseau et recommande que son implantation soit précédée de projets-pilotes : « soulignons que l'on ne doit pas étendre à tout le Québec un programme de construction de CLS avant

de mettre à l'épreuve, par un certain nombre d'expériences pilotes, la formule du centre intégré de soins. » (CESBES, 1970d, p. 223)

L'approche progressive privilégiée par la CESBES s'explique en partie par le fait que la Commission s'attend à ce que la pratique médicale individuelle persiste à court et à moyen terme, mais elle renvoie aussi aux « critères d'accès aux soins et de rentabilité des ressources nécessaires pour les distribuer [qui] constituent d'autres contraintes dans l'implantation des centres de santé. » (CESBES, 1970d, p. 199) Dans cette perspective, et considérant ces critères, il est nécessaire de prioriser les zones défavorisées dans l'implantation des CLS : « il est extrêmement important de désigner comme prioritaires, dans l'implantation des CLS, les zones métropolitaines ou rurales défavorisées, où, actuellement, l'accès aux soins est difficile. » (CESBES, 1970d, p. 203) Au niveau des immobilisations, et afin de réduire les coûts, l'implantation des CLS peut se faire, au moins partiellement, à partir des installations existantes :

> Le CLS se définit non pas comme un bâtiment, mais comme un complexe d'unités de soins caractérisé par le groupement de professionnels en équipes de soins. Ce groupement se réalise au sein de tout établissement existant : l'hôpital, service municipal de santé, 'unité sanitaire', y compris une policlinique ou un cabinet de médecin, qu'un CCS achète ou loue simplement[408]. On organise la plupart des unités de soins dans le cadre d'une extension des services externes d'un hôpital. On utilise également et transforme progressivement de petits hôpitaux des régions rurales, des 'unités sanitaires' ou des policliniques, du moins dans les endroits où l'une ou l'autre de ces ressources existe déjà. » (CESBES, 1970d, p. 222-223)

Néanmoins, le financement de nouvelles installations est nécessaire – et prioritaire – dans les régions défavorisées généralement sous-équipées dans le cadre du régime actuel :

> Toutefois, la répartition de l'équipement sanitaire actuel est très inégale, surtout dans les zones défavorisées, urbaines ou rurales. Alors qu'ils ont difficilement

[408] Nous verrons plus loin que l'implantation d'un réseau de CLS sur leur territoire est la responsabilité des CCS.

> accès aux ressources de santé, les groupes défavorisés sont précisément ceux qui ont le plus grand besoin de soins. Il est donc essentiel que le programme d'immobilisations pour implantation de CLS corrige en premier lieu les disparités. » (CESBES, 1970d, p. 223)

Ainsi, malgré le fait que les CLS sont avant tout conçus par la CESBES comme destinés à devenir la porte d'entrée principale du réseau sanitaire (et donc comme un programme à portée universelle), le modèle est dès le départ marqué par certaines tendances propres aux programmes de type résiduel destinés en priorité à certaines catégories de populations ciblées principalement pour leur situation socio-économique défavorisée :

> Les communautés et les groupes défavorisés doivent bénéficier non seulement d'un accès égal et universel aux soins, mais aussi de soins plus complets et mieux adaptés, parce qu'ils sont plus démunis et plus malheureux. Pour éliminer les disparités, il faut, en priorité et de façon positive et continue, s'occuper des groupes suivants : les nouveau-nés, particulièrement ceux des zones où la mortalité est plus élevée ; les enfants, de l'enfance à l'adolescence, en vue de bâtir une génération saine, forte et épanouie, apte à relever les défis de la technologie et de la civilisation ; les handicapés physiques et mentaux, afin qu'ils réintègrent leur famille et leur milieu de travail ; les personnes âgées, pour les maintenir dans un cadre humain et social. Le régime de la santé doit comporter des mesures particulières pour ces groupes de population et la première est la création de CLS et la formation d'équipes multidisciplinaires de soins dans les régions et les secteurs où les besoins sont les plus pressants. (CESBES, 1970d, p. 245)

Il est intéressant de noter que les groupes de population ciblés ici – et identifiés par l'entremise des « études sur l'état de santé de la population et [des] statistiques dont dispose le ministère de la Santé » (CESBES, 1970d, p. 245) – correspondent pour l'essentiel aux « populations-cibles » qui seront désignées plus tard comme prioritaires pour les CLSC lorsqu'il s'agira de restreindre leur mandat pour en faire des établissements « complémentaires » aux cliniques médicales privées, qui seront quant à elles très rapidement reconnues par le ministère comme une partie intégrante de la première ligne, et éventuellement comme la principale porte d'entrée du réseau.

Autrement dit, nous identifions ici les germes de tendances qui iront par la suite en s'accentuant.

5.2.2.2 Des soins curatifs aux soins préventifs : les CLS au cœur du virage vers la prévention

Au moment de présenter le modèle des CLS, la CESBES réitère que devant les limites de la médecine curative, il est impératif d'amorcer un virage vers la prévention :

> De grands progrès s'effectuent dans la médecine curative et il s'écoulera probablement quelques décennies avant l'avènement de nouvelles découvertes importantes dans le traitement des maladies héréditaires et dégénératives. L'accent doit maintenant porter sur la prévention de même que sur la surveillance de l'état de santé de la population. (CESBES, 1970b, p. 42)

Or, c'est en bonne partie par la création des CLS qu'on espère réaliser ce changement. En tant que noyau de distribution des soins généraux, le CLS assume « la responsabilité d'organiser la distribution des soins et de les rendre accessible en abaissant les barrières physiques et sociales : ils doivent être disponibles en tout temps et convenir aux besoins de chacun. » (CESBES, 1970b, p. 32) En développant un réseau complet d'établissements visant un accès amélioré aux soins généraux, on souhaite provoquer

> un changement dans la nature des soins. On doit accroître la proportion des consultations de prévention, d'examens de santé et de dépistage par rapport à celles qui ont pour fins le diagnostic et le traitement. Tel est du moins l'objectif principal de la création de CLS qui comprennent tous les types de soins généraux. (CESBES, 1970d, p. 183-184)

En effet, c'est d'abord au niveau des soins généraux qu'il faut amorcer le virage vers la prévention : « À ce niveau, les mesures préventives sont prioritaires ; elles visent à améliorer l'état de santé de chaque individu et à le protéger, par les moyens connus,

contre les risques de maladie. » (CESBES, 1970b, p. 31) Et si les soins généraux incluent aussi

> le diagnostic et le traitement, on doit axer la préoccupation fondamentale sur la conservation et l'amélioration de l'état de santé de la population, la prévention de la maladie ou de ses complications, et la réadaptation sous les aspects socio-économiques, psychiques et physiques. (CESBES, 1970b, p. 32)

Dans cette optique, il ne suffit pas de répondre aux besoins sanitaires exprimés ; la prévention implique en effet d'aller plus loin, et les CLS, en tant qu'unités de soins généraux, sont considérés comme les établissements tout indiqués pour le faire :

> Les unités de ce niveau doivent non seulement répondre à une demande plus grande et à des besoins plus diversifiés que les deux autres niveaux de soins, mais encore *chercher à connaître et à satisfaire les besoins de santé non exprimés par la population* en raison des barrières financières, physiques, éducatives et sociales et à supprimer celles-ci. (CESBES, 1970b, p. 41-42)

Cependant, il faut souligner ici que dans le modèle initial prévu par la CESBES, seule la prévention au niveau des soins personnels – généralement associés à une approche préventive plus individualiste et médicale que sociale – est du ressort des établissements ; les programmes de santé publique et d'assainissement du milieu sont considérés comme relevant des ORS :

> L'ORS comporte trois directions générales. [...] sous la direction générale de la planification et de la recherche, on trouve un service des programmes de santé publique qui se divise en deux sections : prévention et étude du milieu. À l'aide de ces sections, le service élabore les programmes régionaux de santé publique, dont la partie relative au milieu appartient à la compétence de l'ORS lui-même et l'autre, relative aux soins personnels, est la responsabilité des centres de soins. (CESBES, 1970b, p. 128)

Autrement dit, *il n'était pas dans les intentions de la CESBES que l'action sur le « milieu », ou ce qui deviendra plus tard l'action communautaire, se fasse à partir des CLS*. Par ailleurs, nous avons vu que du point de vue de la Commission, l'action plus

large sur les causes sociales de la maladie (conditions de vie, pauvreté, inégalités sociales) – qui est au cœur du modèle de la CCPSC et qui sera centrale dans l'action communautaire telle qu'elle se développera sur le terrain au sein des CLSC –, n'est pas du ressort du régime de la santé et qu'elle concerne davantage les experts des domaines sociaux et économiques. Dans cette optique, les responsabilités des ORS en matière d'assainissement du milieu semblent se limiter pour l'essentiel, outre « l'étude du milieu » (CESBES, 1970b, p. 128), à des rôles de contrôle et d'inspection :

> L'ORS a pour fonctions [...] d'exécuter, dans son territoire et pour le compte du ministère de la Santé, les activités nécessaires à la réalisation des politiques gouvernementales de la santé publique relatives au milieu, telles l'inspection des établissements commerciaux et industriels, l'inspection des aliments, le contrôle de la pollution, etc. (CESBES, 1970b, p. 125)

On retrouve donc ici aussi certaines limites du point de vue de la CESBES identifiées précédemment.

5.2.2.3 De la pratique médicale individuelle au CLS comme équipe de soins multidisciplinaire : une remise en question du pouvoir des médecins ?

Nous avons vu que pour la CESBES, la transition de la pratique médicale individuelle vers une pratique organisée autour d'une équipe de soins multidisciplinaire est essentielle au développement d'une médecine globale. Or, c'est d'abord et avant tout par le biais du CLS que doit se réaliser cette transition : « L'objectif d'une médecine globale nécessite au niveau des CLS la formation d'équipes de soins multidisciplinaires. » (CESBES, 1970d, p. 200) En effet, si le travail en équipe est bénéfique dans tous les secteurs et à tous les niveaux de la société, et si elle est également requise dans le régime de la santé, elle s'impose particulièrement au niveau des soins généraux :

> Dans tous les secteurs de l'activité humaine et même dans la recherche, le besoin d'équipes multidisciplinaires sous un leadership souple et bien défini se fait sentir et la formule donne généralement d'excellents résultats. Le régime de la santé devra favoriser par tous les moyens disponibles la mise en place d'équipes multidisciplinaires. Ces équipes assureront en grande partie les soins généraux aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des centres de santé. (CESBES, 1970b, p. 33)

C'est d'ailleurs au niveau de la distribution des soins généraux qu'on espère le plus voir se produire des innovations sur cette question :

> Afin de tenir compte des attitudes et des besoins de la population des diverses régions, le régime de la santé et le système d'enseignement auquel il se rattache doivent former les divers types de personnel requis pour des fonctions précises et innover dans la composition des équipes de la santé et dans la répartition des tâches et des responsabilités. L'évolution actuelle de l'organisation des soins généraux permet un grand nombre d'innovations au niveau de leur distribution. (CESBES, 1970b, p. 34)

Plus précisément, on souhaite que la composition des équipes réalise une intégration réelle et fonctionnelle des divers types de soins : « Le choix de ces équipes [...] doit refléter la nature des fonctions de dépistage, de diagnostic, de traitement, de prévention, d'éducation et de réadaptation fonctionnelle et sociale. » (CESBES, 1970d, p. 223) Dans cette optique, et pour parvenir à favoriser l'évolution du régime vers une médecine globale, « le CLS doit être une structure d'équipe qui intègre plusieurs travailleurs de la santé (médecins, travailleurs sociaux, infirmières, dentistes, techniciens, etc.). » (CESBES, 1970b, p. 101-102)

Précisons ici que malgré sa conception globale et sociale de la santé, et malgré le fait qu'il s'agira d'un des aspects majeurs de la Réforme des Affaires sociales (qui sera réalisée durant l'année suivant la publication du rapport sur la santé), la CESBES ne recommande pas une intégration complète des services sociaux de première ligne au niveau des CLS, pas plus d'ailleurs qu'elle ne recommande l'intégration des services de santé et des services sociaux aux niveaux du ministère et des ORS. Selon Lesemann

(1981), cette absence s'explique par le fait que certains membres de la Commission (dont Gérard Nepveu lui-même, devenu président de la Commission au moment de la publication du volume de 1970) craignaient qu'une telle intégration se fasse au détriment des services sociaux. Castonguay soutient pour sa part que l'intégration des services de santé et des services sociaux allait de soi pour la Commission, son absence n'étant qu'un « oubli » dû à l'ampleur de la tâche effectuée dans un temps relativement restreint (Entretien 9). Quoiqu'il en soit, la recommandation claire et répétée d'adjoindre des travailleuses et des travailleurs sociaux ainsi que des psychologues aux équipes multidisciplinaires des CLS, en plus d'être cohérente avec les revendications du mouvement syndical, indique que l'idée d'une certaine intégration était déjà présente, au moins à l'état d'ébauche, à l'époque de la rédaction du rapport.

Les CLS doivent donc jouer un rôle crucial dans le développement, au sein du régime de la santé, d'une pratique en équipes multidisciplinaires intégrant notamment des professionnelles et professionnels issus du service social. Le travail en équipe est d'ailleurs central à la définition même du CLS :

> le CLS doit être une véritable équipe de la santé et non pas un groupe de professionnels qui ont leurs cabinets sous un même toit et partagent simplement certains services administratifs et utilisent les mêmes installations. La notion d'équipe implique un groupe de professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, dentistes, pharmaciens, psychologues, et autres) interdépendants par leurs connaissances, leur expérience et les types de soins à donner à l'individu et à la population. L'organisation du travail en équipe suppose de plus une délégation des responsabilités et un partage des tâches, de sorte que chaque membre de l'équipe fournisse un rendement maximum et que le malade reçoive des soins intégrés et complets. (CESBES, 1970b, p. 43)

On constate ici que, pour la CESBES, le travail en équipe dépasse la simple pratique de groupe et implique un véritable partage des tâches et des connaissances. En cela, la Commission rejoint en partie le modèle développé à la CCPSC. Toutefois, et nous retrouvons ici certaines limites du point de vue de la CESBES identifiées plus haut, ce partage des tâches et des connaissances est prôné davantage dans une optique de

rationalisation et d'optimisation des ressources que dans la perspective d'une déprofessionnalisation de la médecine ou d'une remise en question du statut ou du pouvoir des médecins.

Ainsi, le travail d'équipe est vu comme un moyen de réponde à l'augmentation de la consommation de soins que risque de produire l'établissement d'un réseau de CLS, dans un contexte, rappelons-le, où la réforme doit se faire sans augmentation des coûts. On espère en effet « réaliser cette augmentation du volume des soins au moyen d'une répartition nouvelle des tâches entre médecins, assistants médicaux et autres professionnels de la santé. » (CESBES, 1970d, p. 222). Dans cette optique, le travail en équipe devrait permettre « de faire face sans grande difficulté aux taux d'utilisation des soins prévus avec la mise en place d'un réseau de soins généraux bien organisé. » (CESBES, 1970d, p. 197) Plus précisément, il s'agit de tenir compte de la « contrainte de rentabilité » – qui se définit au niveau des CLS « par rapport à une diversification des ressources humaines qui réalisent le concept de médecine globale » – et de favoriser « les substitutions dans l'exécution des diverses tâches de telle sorte que, suivant leur importance et la répartition géographique de la population, [les équipes de soins] desservent des bassins de population de 6000 à 20 000 habitants. » (CESBES, 1970d, p. 200-201) De plus, on indique que les normes concernant la composition des équipes de soins seront précisées non seulement en fonction des besoins, mais aussi en fonction des ressources : « On précisera de telles normes à partir de l'expérimentation du régime proposé et dans l'organisation future des CLS, il faudra les adapter à nos besoins et à nos ressources [...]. » (CESBES, 1970d, p. 192-193)

Si le développement d'équipes de soins multidisciplinaires vise une rationalisation du travail qui passe par une certaine « substitutions dans l'exécution des tâches », elle n'implique pas comme à la CCPSC de remise en question de l'organisation hiérarchique du travail : « le CLS *fait preuve d'efficacité économique et sociale* par un partage des tâches et une délégation des responsabilités *sous un leadership souple et*

clairement établi. » (CESBES, 1970b, p. 42) Il est intéressant de noter qu'à ce sujet, on ne précise pas explicitement *qui* doit exercer ce leadership. Bien qu'il soit clair que la direction et le personnel d'encadrement des futurs établissements ont un rôle à jouer à cet égard, certaines indications suggèrent également que dans l'équipe de soins telle qu'imaginée par les commissaires, les médecins préservent un statut relativement privilégié par rapport aux autres membres de l'équipe[409].

Ainsi, la substitution dans l'exécution des tâches est conçue avant tout comme une délégation d'une partie de leurs tâches par les médecins :

> À partir de ces expériences [internationales de travail en équipe], il faut concevoir la mise en place de CLS et la formation d'équipe de soins, qui prennent en charge l'éventail complet des soins à ce niveau, permettant ainsi aux médecins de déléguer une grande partie de leurs tâches. (CESBES, 1970d, p. 195)

Dans cette optique, l'équipe de soins elle-même semble être organisée, dans l'esprit des commissaires, à partir des tâches pouvant être déléguées par les médecins, qui apparaissent ainsi comme le noyau autour duquel gravite l'équipe de travail : « [le choix des équipes] doit également traduire l'association au travail du médecin de celui des autres professionnels de la santé, donnant ainsi la possibilité de s'acquitter des tâches pour lesquelles il est spécifiquement formé. » (CESBES, 1970d, p. 223) En cela, le développement souhaité d'une pratique en équipes multidisciplinaires repose de manière décisive sur la bonne volonté des médecins, d'autant plus que, rappelons-le, la Commission ne se résoudra pas à forcer l'intégration des médecins dans les CLS et dans une équipe de travail ; elle se limite à encourager « fortement » les médecins « à organiser leur travail au sein d'équipes de la santé » (CESBES, 1970b, p. 63).

---

[409] Et ce, malgré le fait, rappelons-le, que la Commission recommande – particulièrement en ce qui concerne les CLS – un mode de rémunération des médecins alternatif au paiement à l'acte, considéré comme incompatible avec le travail en équipe et susceptible de nuire à la cohésion de l'équipe de soins (voir *supra*, section 5.1.2).

Le statut particulier qu'elle attribue aux médecins est également reconnu plus formellement par la CESBES dans la composition du « conseil consultatif des professionnels de la santé » dont elle recommande la création au sein de chaque établissement hospitalier[410] :

> [Au CA de chaque centre hospitalier] est donc adjoint un conseil consultatif des professionnels de la santé, *formé obligatoirement d'une majorité absolue de membres de la profession médicale*, notamment des directeurs des départements spécialisés du CCS [...], des responsables des professions auxiliaires de la santé exercées au CCS [...], de cinq représentants désignés par les CLS rattachés au CCS et d'un groupe additionnel de neuf personnes dont trois sont élues par les médecins, trois par les infirmières et trois par les autres professionnels de la santé du CCS. (CESBES, 1970b, p. 109-110)

On est donc loin ici d'une remise en question du pouvoir ou du statut privilégié des médecins comparable à ce qui est pratiqué à la CCPSC. Néanmoins, l'ouverture à la participation que la CESBES souhaite voir s'institutionnaliser dans de nouvelles structures administratives (et donc dans de nouvelles structures de pouvoir) signifie dans les faits une certaine forme de perte de pouvoir pour les médecins. En effet, bien que le conseil consultatif des professionnels de la santé jouisse d'un droit de regard sur « toute mesure d'administration générale dans le CCS ou toute politique générale applicable aux CLS » (CESBES, 1970b, p. 110) ; bien qu'il « coordonne aussi les normes professionnelles de qualité des soins proposées par chaque département spécialisé » (CESBES, 1970b, p. 110) ; et bien qu'il « étudie et soumet également pour approbation au conseil d'administration les nominations (engagements) suggérés par les directeurs de département spécialisés ou les chefs des services, de professionnels exerçant à l'intérieur du CCS » (CESBES, 1970b, p. 110) ; le conseil n'a néanmoins

---

[410] Soulignons que la CESBES ne recommande pas la création d'un tel conseil au niveau des CLS. On prévoyait à l'origine que chaque CLS serait rattaché à un CCS ou à un CHU et que les CLS auraient relativement peu d'autonomie par rapport à ceux-ci (voir section suivante). Dans cette optique, il était prévu que les avis des conseils consultatifs rattachés aux centres hospitaliers s'appliquent également aux CLS, qui pourraient de leur côté désigner une partie des représentantes et des représentants siégeant sur les conseils consultatifs de leur CCS ou CHU d'attache. Nous reviendrons sur ces conseils dans la prochaine section.

qu'une vocation *consultative*. Autrement dit, le pouvoir décisionnel revient en dernière analyse au conseil d'administration du CCS[411], qui est pour sa part composé « à majorité absolue de non-professionnels de la santé » (CESBES, 1970b, p. 108). À cet égard, même si la réforme proposée par la CESBES est limitée par rapport au modèle de la CCPSC, la Commission va plus loin que ce qu'osait revendiquer le mouvement syndical durant les années 1960 en proposant une certaine démocratisation du régime de la santé[412].

5.2.3 Les CLS et la participation : quelle autonomie pour les établissements ?

Contrairement aux autres aspects du modèle des CLS, qui en font véritablement un des pivots de la réforme, il ne ressort pas du rapport de la CESBES que l'ouverture du régime à la participation de la population doive se réaliser avant tout au niveau des CLS. En fait, il appert que la participation *décisionnelle* de la population est *optionnelle* dans le modèle des CLS, alors qu'elle est recommandée pour les CCS, les CHU et les ORS. En effet, la CESBES insiste sur la nécessaire souplesse du modèle des CLS et, dans cette optique, elle envisage trois formules de CLS :

> Pour établir les exigences concrètes et variables de participation des citoyens à la gestion des CLS et d'intégration de l'équipe de la santé au régime [...] nous préconisons, de façon générale, trois formules de CLS, dont voici les caractéristiques principales : 1- société à caractère public, constituée en

[411] Ainsi, « les normes conçues par chaque spécialité ou discipline, sous la responsabilité des directeurs des départements spécialisés, et coordonnées par ce conseil consultatif n'acquièrent force réglementaire qu'après leur approbation par le conseil d'administration. » (CESBES, 1970b, p. 110)

[412] Rappelons que malgré ses critiques parfois acerbes des privilèges de la profession médicale, les grandes centrales syndicales n'oseront pas attaquer de front le pouvoir des médecins au sein du réseau. Toutefois, la timidité de leurs revendications en matière de participation à la gestion des établissements durant les années 1960 ne les empêchera pas de s'engouffrer immédiatement et avec enthousiasme dans l'ouverture faite par la CESBES à une telle participation. Le mouvement syndical sera ainsi l'un des ardents défenseurs, avec le mouvement des cliniques populaires, d'un élargissement de la participation proposé en 1970 par le projet de loi 65 visant à appliquer les recommandations de la Commission. Nous y reviendrons au prochain chapitre.

> corporation sur l'initiative d'un groupe de citoyens qui s'adjoignent une équipe de la santé de leur choix ; 2- société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'une équipe de la santé et à laquelle le CCS adjoint des citoyens qu'il désigne ; 3- société de type privé, constituée en corporation par les travailleurs de la santé qui y œuvrent, à l'exclusion de toute participation décisionnelle de la population, laquelle est alors associée à sa direction par voie consultative seulement. (CESBES, 1970b, p. 103)

On constate ici que malgré le préjugé favorable de la Commission à l'égard d'un système *public* de distribution de soins (on prévoit d'ailleurs uniquement un statut public pour les autres établissements du réseau, c'est-à-dire les CCS et les CHU[413]), elle laisse la porte ouverte à la création de CLS « privés » constitués à l'initiative des « travailleurs de la santé qui y œuvre ». Même si les médecins ne sont pas mentionnés ici explicitement, on peut supposer qu'il s'agit là d'une concession à leur égard afin d'encourager leur participation au modèle. Néanmoins, on prévoit *pour tous les CLS* leur intégration étroite dans le régime public par leurs liens fonctionnels, organiques et même hiérarchiques avec les autres établissements du réseau, intégration qui estompe considérablement la démarcation faite ici entre établissements publics et privés.

Ainsi : « Quelle que soit la formule choisie, un CLS doit obtenir, avant l'incorporation, la reconnaissance officielle d'un CCS[414]. » (CESBES, 1970b, p. 103) De plus, dans tous les cas, « il y a création d'une personne morale juridique distincte des professionnels de la santé qui œuvrent dans le CLS. » (CESBES, 1970b, p. 102). En fait, il semble que ce soit la forme de participation populaire (consultative uniquement, plutôt que consultative *et décisionnelle*) qui distingue principalement la formule privée

---

[413] « Du strict point de vue du type de soins offerts, le CCS correspond donc assez bien aux établissements hospitaliers généraux que nous connaissons au Québec ; il s'en distingue néanmoins fondamentalement en ce que, à l'inverse de ceux-ci, son statut est public, c'est-à-dire qu'il est un organisme d'exécution et de coordination, sans but lucratif, et faisant partie d'une structure intégrée de distribution des soins. » (CESBES, 1970b, p. 106) Précisons toutefois qu'on ne propose pas ici une « nationalisation » forcée puisque la conversion les hôpitaux généraux en CCS est volontaire : « Naturellement, le CCS, décrit ci-dessus, naît principalement par des mécanismes volontaires. » (CESBES, 1970b, p. 106)

[414] Nous y reviendrons plus loin.

des formules publiques : « En ce qui a trait à la participation des citoyens, ces formules présentent des caractéristiques distinctes : les deux premières comportent une participation décisionnelle et consultative et la dernière, une participation consultative seulement. » (CESBES, 1970b, p. 104)

Or, si la Commission est assez explicite quant aux modalités de la participation consultative, elle donne peu de détail sur les modalités de la participation décisionnelle des citoyennes et des citoyens au sein des CLS. En ce qui concerne la participation consultative, on insiste sur le fait que

> pour bien réaliser les buts de la consultation, les CLS doivent tenir des réunions périodiques, annoncées à l'avance et y convier leurs usagers. À ces réunions, les CLS déposeront un rapport de leurs activités et exposeront leurs projets à court et à long terme. La population consultée fera alors valoir ses griefs et suggestions soit oralement lors des réunions, soit par écrit après une lecture plus attentive des documents soumis par le CLS. (CESBES, 1970b, p. 104)

Quant à la participation décisionnelle, la CESBES se contente de mentionner que « [l]a participation décisionnelle propre aux deux premières formules se réalise, comme nous l'avons souligné, par l'entrée dans la corporation même du CLS, d'un certain nombre de citoyens. » (CESBES, 1970b, p. 104) La CESBES ne précise pas la proportion de citoyennes et de citoyens devant être représentés. En effet, contrairement à ce qui est fait pour les autres établissements du réseau, on ne retrouve pas dans le rapport de description de la structure administrative des CLS, ni de recommandation concernant la composition de son conseil d'administration.

Ceci peut s'expliquer en partie par le fait qu'en tant que petits établissements de proximité, les CLS doivent, du point de vue de la CESBES, être conçus comme une structure légère et souple susceptible de s'adapter facilement aux besoins locaux : « Nous sommes conscients [...] que ces formules ne sont pas limitatives et qu'on peut sans doute en imaginer d'autres, selon les besoins et les circonstances. » (CESBES, 1970b, p. 103) Dans cette même optique, on précise qu'« [e]n principe, tout groupe qui

a pour mission la distribution des soins généraux et répond au concept de CLS peut être reconnu comme tel. » (CESBES, 1970b p. 102) Mais le peu d'empressement de la CESBES à préciser les modalités de participation dans les CLS s'explique peut-être aussi par le fait que, comme nous le verrons maintenant, les CLS jouissent finalement d'un degré d'autonomie relativement faible dans l'ensemble du régime et ce, malgré les déclarations de principes de la Commission en faveur de l'autonomie des établissements. Dans ce contexte, il a pu apparaître moins essentiel aux commissaires de faire des recommandations détaillées à ce sujet.

La question de la participation apparaît en effet comme étroitement liée à celle de l'autonomie des établissements[415], de même qu'à celle de la décentralisation régionale dans les ORS. Il s'agit d'ailleurs là des trois premiers grands « principes directeurs » devant présider à l'organisation du nouveau régime :

> Ces principes sont les suivants : a) la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime, de manière à ce qu'elles soient prises en fonction du développement du territoire de chacune des régions sanitaires du Québec ; b) la participation décisionnelle et consultative de la population desservie aux organismes du régime, de manière à faciliter l'adaptation constante du régime aux besoins changeants de cette population ; c) l'autonomie des divers organismes du régime, compte tenu de leur nécessaire coordination, de manière à permettre un ajustement immédiat et constant des objectifs du régime aux ressources de toute nature affectées à son fonctionnement [...]. (CESBES, 1970b, p. 99)

On constate qu'un des objectifs principaux qui sous-tend ces trois principes renvoie au souci de la Commission de favoriser l'émergence d'un régime de la santé « ouvert », c'est-à-dire en adaptation constante d'une part *face aux besoins sanitaires réels* de la population, et d'autre part *face aux ressources disponibles* pour répondre à ces besoins. Ainsi, la décentralisation régionale permet, par un meilleur « rendement économique »,

---

[415] L'histoire des CLSC montrera également les liens étroits entre l'enjeu de la participation et celui de l'autonomie des CLSC. Voir *infra*, chapitre 8.

l'adaptation du régime « aux ressources financières du Québec » (CESBES, 1970b, p. 54) :

> En plus d'assurer une meilleure distribution des soins, la planification régionale augmente l'efficacité du régime : efficacité sociale d'abord, c'est-à-dire diminution des coûts en vue d'atteindre un niveau donné de santé et, aussi, meilleure utilisation du personnel, grâce aux relations fonctionnelles entre les divers niveaux et spécialités. (CESBES, 1970b, p. 55)

De plus, parce qu'elle implique une certaine décentralisation de l'expertise en matière de planification et d'analyse des besoins sanitaires, la régionalisation (ou la décentralisation régionale) favorise également une meilleure adaptation du régime aux besoins sanitaires réels de la population. Grâce à la décentralisation, la planification et l'analyse des besoins pourront désormais être réalisées non plus seulement par les expertes et les experts du ministère de la Santé, mais aussi par celles et ceux des ORS, plus proches des milieux concernés : « L'ORS comporte [...] une direction de la recherche, de la planification et de l'évaluation qui, en collaboration avec la direction générale de la recherche et de la planification du ministère de la Santé, conçoit les programmes régionaux de santé » (CESBES, 1970b, p. 128).

Or, comme cela a été mentionné précédemment, à cette analyse des besoins produite « d'en haut » s'ajoute la nécessité de favoriser une participation de la population – ou plutôt, du « public consommateur de soins » –, participation elle aussi susceptible de permettre une meilleure adaptation du régime à ses besoins sanitaires :

> [La régionalisation] permet aux milieux intéressés de prendre des décisions et de s'engager dans les étapes principales qui y conduisent. En effet, la planification part de l'analyse des besoins de santé et y applique les ressources du régime. Ce n'est plus la population qui s'adapte aux organismes, mais les organismes qui s'ajustent de façon souple et rationnelle aux besoins réels de la population. Il faut stimuler une participation plus large aux consultations et aux décisions [...]. Cette invitation à la participation s'adresse, en premier lieu, au public consommateur de soins et aussi aux hôpitaux et aux autres éléments du système. (CESBES, 1970b, p. 54-55).

Ainsi, la décentralisation est considérée comme étroitement liée à la participation et à l'établissement d'un régime de la santé qui correspond à un « modèle ouvert », c'est-à-dire adapté aux besoins réels de la population (et aux ressources) (CESBES, 1970b, p. 54) :

> Il importe de souligner la relation étroite entre la décentralisation et la participation à la prise de décision. [...] Une planification régionale permanente fondée sur les principes de participation et de décentralisation constitue un mécanisme d'adaptation ou d'évolution graduelle et continuelle du système en fonction des techniques et des besoins nouveaux. (CESBES, 1970b, p. 55)

C'est aussi dans cette optique qu'est affirmée la nécessité d'une autonomie juridique et de gestion des principaux organismes du régime, et notamment des CLS : « Le CLS (ou les agents qui constituent cette unité fonctionnelle) doit jouir de la capacité juridique, si l'on veut que cet organisme soit souple, efficace et préoccupé de la qualité de ses activités tout autant que de l'économie de ses ressources. » (CESBES, 1970b, p. 102) Les mêmes considérations motivent la CESBES à préserver l'autonomie juridique des centres hospitaliers :

> L'exigence de nécessaire autonomie de gestion et de capacité juridique des CLS s'applique a fortiori aux CCS. On ne peut atteindre la majorité de ces objectifs que par une formule institutionnelle décentralisée impliquant l'octroi d'une personnalité juridique propre et unique à l'ensemble des services d'un CCS. En effet, l'efficacité de la gestion administrative exige que le niveau de pouvoir de décision soit le même que celui de son exécution, si l'on veut garantir la justesse, la rapidité, la souplesse et la fermeté de la décision, toutes qualités de gestion nécessaires en milieu hospitalier plus qu'ailleurs. (CESBES, 1970b, p. 107)

Néanmoins, malgré ces prises de position ferme en faveur d'une autonomie des établissements du régime, on ne peut s'empêcher de constater des limites importantes prévues par la CESBES à cette autonomie[416]. En effet, bien que les établissements jouissent d'une autonomie juridique et de gestion, ils ont peu de pouvoir direct sur la

[416] Ces limites sont tout à fait évidentes lorsqu'on compare les recommandations du rapport de la CESBES avec la loi finalement adoptée en 1971. Nous y reviendrons au prochain chapitre.

définition de leurs objectifs, de leurs priorités, de leurs orientations et de leurs programmes – et ceci est encore plus vrai pour les CLS que pour les CCS et les CHU.

Comme cela a déjà été mentionné, ce sont les ORS qui, en collaboration avec le ministère de la Santé, sont responsables des budgets régionaux, de la planification régionale et de l'élaboration des programmes régionaux de santé :

> [l'ORS] conçoit, dans le cadre des normes définies par [l'État], les programmes régionaux à faire exécuter par les CLS, les CCS et les CHU qu'il met en place et dont il oriente les activités à la fois par règlements (aspects administratifs de leur fonctionnement) et par contrat (soins produits et ressources affectées). (CESBES, 1970b, p. 125)

Les ORS disposent en cela de nombreux pouvoirs sur les établissements du régime. Ce sont eux qui sont responsables d'autoriser l'incorporation des centres hospitaliers, de leur attribuer des ressources et de définir leurs principales obligations et objectifs :

> [Le CCS] est d'abord reconnu par un acte officiel de puissance publique (l'agrément par l'ORS) qui définit du même coup ses obligations et ses conditions minimales de fonctionnement ; de plus, les ressources qui financent la distribution des soins lui viennent de l'ORS existant dans la région sanitaire à laquelle il appartient, en même temps que les objectifs à réaliser, ces objectifs et ressources étant définis dans un contrat [...]. Il appartient également à l'ORS de déterminer le nombre de CCS dont a besoin la population de la région sanitaire. (CESBES, 1970b, p. 106)

En ce qui concerne la définition des objectifs, les ORS déterminent des cibles précises en matière de soins : « L'ORS assigne à cette corporation [du CCS] *des objectifs spécifiques en matière de soins généraux, spécialisés ou même ultraspécialisés*. » (CESBES, 1970b, p. 109) Toutefois, les CCS et les CHU n'ont pas la responsabilité de distribuer eux-mêmes les soins généraux ; en fonction des objectifs précis qui leur sont assignés par l'ORS, ils ont plutôt l'obligation de développer un réseau de CLS chargé de la distribution de ce type de soins :

> Les CCS et les CHU s'acquittent, par le truchement des CLS qui leur sont rattachés, des responsabilités que l'ORS leur a confiées en matière de soins généraux pour une aire territoriale donnée. Comme nous le verrons plus loin, l'ORS mettra en tutelle tout CCS qui ne s'acquitte pas convenablement de ses responsabilités. (CESBES, 1970b)

Si l'autonomie des centres hospitaliers est limitée par le pouvoir des ORS, celle des CLS l'est encore davantage puisqu'en plus d'être soumis aux normes, aux objectifs, aux contraintes budgétaires et aux programmes définis par le ministère et les ORS, ils sont également subordonnés aux CCS et aux CHU auxquels ils sont rattachés puisque les liens entre les ORS et les CLS ne sont, sauf exceptions, qu'indirects :

> Quant à la distribution des soins, l'ORS ne traite, abstraction faite de la période transitoire nécessaire à l'implantation du régime, qu'avec les CCS et les CHU, distributeurs de soins aux niveaux spécialisés et ultraspécialisés ; ceux-ci sont à leur tour responsables de l'organisation des soins généraux de premier niveau. (CESBES, 1970b, p. 125)

Ainsi, ce sont les centres hospitaliers (CCS et CHU) qui ont la responsabilité et le pouvoir d'agréer les CLS, en fonction bien sûr des normes et objectifs définis par le ministère et les ORS :

> Des normes provinciales établissent les soins offerts par chaque type de CLS. Le CCS est chargé d'agréer les CLS d'après ces normes ; c'est cette reconnaissance officielle qui distingue fondamentalement les CLS des cabinets médicaux actuels, qu'on y exerce une médecine individuelle, d'équipe ou de groupe. (CESBES, 1970b, p. 102)

De plus, les CCS et les CHU ont également le pouvoir de subventionner le développement de certains programmes ou services par les CLS, toujours en fonction des normes, objectifs, budgets et programmes déterminés par les ORS :

> Les CCS et les CHU sont liés à l'ORS par un contrat qui fixe leurs objectifs de distribution des soins (curatifs, préventifs et de réadaptation) et leurs ressources, en particulier la responsabilité d'établir un réseau de CLS dans un territoire donné et la capacité de les subventionner selon certaines conditions et d'après un

> programme préétabli, par un budget distinct intégré à leur budget global. (CESBES, 1970b, p. 170)

Les CLS qui reçoivent de telles subventions sont « régis par un contrat qui fixe en un programme de soins leurs objectifs, l'éventail des soins à fournir et les normes de leurs décisions administratives en matière d'installations, de personnel, etc. » (CESBES, 1970b, p. 168) Les « subventions de soutien » accordés aux CLS par les CCS ou les CHU auxquels ils sont rattachés impliquent donc un « engagement de leur part en matière de distribution des soins (gamme des soins offerts, activités de santé publique de nature préventive) et de fonctionnement interne. » (CESBES, 1970b p. 102)

Les CCS et les CHU ont aussi un pouvoir de sanction à l'égard des CLS dont ils ont la responsabilité, pouvoir qui se traduit concrètement par la possibilité de modifier leur financement, de retirer leur agrément ou de les mettre en tutelle :

> Tous les CLS sont sujets à l'inspection des comités d'évaluation professionnelle du CCS ou du CHU dont ils relèvent, lequel est également habilité à sanctionner leurs activités, soit par le retrait de leur agrément, soit par la modification des diverses aides qu'il leur fournit (éventuellement), soit par la mise en tutelle (lorsqu'il en assume le soutien financier total). (CESBES, 1970b, p. 168)

Les pouvoirs des CCS et des CHU à l'égard des CLS sont donc considérables, ce qui limite évidemment d'autant l'autonomie réelle de ces derniers, au point où la Commission les considère comme le « prolongement territorial » des CCS et des CHU « dans le système de distribution des soins pour la région désignée. » (CESBES, 1970b, p. 106) La CESBES souligne d'ailleurs elle-même l'ambiguïté de leur statut au sein du régime :

> Les CLS peuvent, en un certain sens, ressembler à des services, puisque, comme les services hospitaliers, ils *appliquent* des politiques de soins (généraux) *conçues par le conseil d'administration du CCS avec l'aide de son conseil consultatif des professionnels de la santé* et soumises au même organisme de contrôle. Néanmoins, leur personnalité juridique et le contrat qui les lie au CCS

> leur confèrent une autonomie de gestion qui ne nous permet pas de les assimiler à des services internes du CCS. (CESBES, 1970b, p. 112)

Comme on le constate ici, les CLS sont donc soumis non seulement aux décisions du conseil d'administration du CCS ou du CHU auquel ils se rattachent, mais aussi aux avis des conseils consultatifs des professionnels de la santé de ces établissements. En effet, la CESBES n'a pas prévu que les CLS soient eux-mêmes dotés d'un conseil consultatif des professionnels de la santé. Ce sont donc les conseils rattachés aux CCS et aux CHU qui sont consultés en ce qui a trait non seulement à « toute mesure d'administration générale dans le CCS » mais aussi à « toute politique générale applicable aux CLS » (CESBES, 1970b, p. 110). De même, les normes professionnelles de qualités des soins coordonnées par les conseils consultatifs des centres hospitaliers « s'appliquent dans le CCS *et les CLS* et s'ajoutent aux normes communes mises en vigueur pour de tels établissements par le ministère de la Santé. » (CESBES, 1970b, p. 110)

Précisons que si l'autonomie des établissements apparaît, dans le régime de la santé imaginé par la CESBES, comme considérablement limitée, ceux-ci se voient néanmoins attribuer un pouvoir indirect dans l'élaboration des programmes qu'ils sont chargés d'appliquer. Ce pouvoir passe par la participation des établissements aux instances décisionnelles et consultatives des organismes auxquels ils sont rattachés. Ainsi, les CCS et les CHU sont représentés sur le conseil d'administration de l'ORS de leur région (participation décisionnelle) ainsi qu'au « conseil régional de la santé », instance consultative rattachée à chaque ORS (participation consultative) :

> [les CCS et les CHU] participent à la planification des programmes régionaux de la santé, par leur présence au sein de la corporation de l'ORS et au sein du conseil régional de la santé ainsi que par la présentation annuelle à l'ORS de leurs programmes de distribution des soins sous forme de projets de budget. (CESBES, 1970b, p. 170)

De même, les CLS jouissent d'un pouvoir indirect dans la détermination de leurs activités en étant représentés sur le conseil d'administration du CCS ou du CHU duquel ils relèvent (participation décisionnelle) : « Les CLS subventionnés influent sur la planification et l'organisation de leurs activités par leur présence au sein de la corporation du CCS ou du CHU qui établit ce programme. » (CESBES, 1970b, p. 168) La CESBES recommande également (participation consultative) la création, pour chaque centre hospitalier, d'un conseil consultatif externe au sein duquel « sont obligatoirement représentés les organismes de distribution des soins de son territoire (CLS). » (CESBES, 1970b, p. 108) De plus, les CLS désignent cinq représentants au conseil consultatif des professionnels de la santé de leur centre hospitalier d'attache (CESBES, 1970b, p. 109-110).

Il faut également souligner que les limites constatées ici quant à l'autonomie des établissements – et particulièrement des CLS – sont cohérentes avec l'objectif (primordial pour la CESBES) d'intégration, de coordination et de rationalisation du régime : une intégration forte des ORS et des établissements qui laisse finalement relativement peu d'autonomie pour ces derniers permet en effet d'éviter de reproduire les problèmes dénoncés par la CESBES (et par le mouvement syndical) et causés par un manque de planification globale. Autrement dit, on peut penser que la Commission souhaitait ainsi éviter que chaque établissement établisse ses propres priorités indépendamment d'une vision d'ensemble cohérente.

Toutefois, on constate que, dans un tel contexte, ces limites laissent finalement peu de pouvoir réel aux populations impliquées dans les structures de participation consultative et décisionnelle des CLS. À ce niveau, les besoins sanitaires – mais aussi les objectifs, les orientations et les programmes pour répondre à ces besoins – apparaissent en effet davantage comme définis « d'en haut » par les CCS et par les expertes et experts des ORS que par les populations locales elles-mêmes. Ainsi, on précise qu'au niveau des CLS,

> [l]a nature et le volume du travail et des responsabilités de l'équipe de la santé dépendront directement des objectifs fonctionnels, *lesquels sont dictés par les besoins et les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population et par les caractéristiques géographiques et physiques du milieu.* (CESBES, 1970b, p. 42-43)

Ces tendances technocratiques dans la définition des besoins, des priorités, des objectifs et des programmes apparaissent comme d'autant plus fortes que les modalités de la participation populaire *aux niveaux des centres hospitaliers et des ORS* – qui sont définies plus clairement que dans le cas des CLS et qu'il convient d'exposer rapidement – se présentent comme considérablement limitées par rapport au modèle radicalement démocratique de la CCPSC : on est loin ici d'un conseil d'administration composé presque exclusivement de citoyennes et de citoyens mandatés par et redevables devant une assemblée générale des citoyennes et des citoyens ayant les pleins pouvoirs décisionnels et de révocation.

Au niveau des ORS, la CESBES prévoit, pour la population comme pour les établissements de la région, une participation décisionnelle et consultative :

> La population desservie par l'ORS et les organismes de distribution des soins de son territoire (CLS, CCS et CHU) participent à ses activités de deux façons : d'abord, en désignant certaines des personnes physiques qui composent cette corporation (participation décisionnelle) d'après les modalités prévues dans la loi des ORS ; ensuite, en élisant une partie des membres du 'conseil régional de la santé' auprès de l'ORS, et auquel sont soumises, pour consultation obligatoire et périodique, les orientations générales de l'ORS (participation consultative). (CESBES, 1970b, p. 127)

Bien que la Commission ne fasse pas de recommandation ferme quant à la composition du conseil d'administration des ORS (ni des établissements d'ailleurs)[417], la

[417] Étrangement, la CESBES recommande même de ne pas préciser dans la loi la composition des conseils d'administration : « Contrairement à la présente loi sur les hôpitaux [que remplacera la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971], cette loi ne contiendra pas de dispositions précises quant à la composition des corporations et des conseils d'administration. Nous croyons préférable de régler cette délicate question par le truchement des divers actes de reconnaissance officielle que

composition suggérée indique clairement que, du point de vue de la Commission, la participation décisionnelle de la population doit être *minoritaire*, ce qui contraste bien sûr fortement avec le modèle de gestion de la CCPSC :

> Même si les responsabilités de l'ORS sont de puissance publique, nous avons choisi, pour des raisons d'efficacité et de souplesse administratives ainsi que pour favoriser la participation de la population, d'en faire une corporation publique jouissant de pouvoirs délégués dans le secteur de la santé. Nous proposons, à titre de suggestion, que cette corporation compte vingt membres : 3 nommés par le gouvernement du Québec, 2 par l'université de la région, 3 par le ou les CHU du territoire, 6 par l'ensemble des CLS et des CCS de la région (3 par les CLS et 3 par les CCS) et 6 par la population de la région. (CESBES, 1970b, p. 127)

De plus, si les modalités pour la désignation des membres du conseil d'administration des ORS ne sont pas précisées, la désignation par élection n'est pas considérée comme essentielle au niveau des conseils régionaux de la santé, bien qu'elle soit préférée par les commissaires : « L'ORS désigne les membres du conseil, ou de préférence, fixe un mode d'élection selon les dispositions de la loi des ORS. » (§739, p. 127)

En ce qui concerne la participation de la population au niveau des CCS, on prévoit ici aussi une participation décisionnelle et consultative : « Nous proposons également d'introduire dans le CCS la participation de la population desservie et des organismes de distribution qui y sont rattachés (CLS), selon une double modalité : décisionnelle et consultative. » (CESBES, 1970b, p. 107) À ce niveau, on suggère une présence plus importante – et même potentiellement majoritaire – de représentantes et de représentants de la population dans le conseil d'administration, et une majorité absolue de non-professionnelles et de non-professionnels de la santé :

> Cette corporation peut compter dix-sept à vingt et un membre, à majorité absolue de non-professionnels de la santé. À titre de suggestion, voici une répartition des membres : huit sont choisis parmi la population de l'aire territoriale desservie par le CCS ; trois sont désignés par l'ORS ; six par les professionnels de la santé

---

donneront les CCS et les CHU aux CLS, d'une part, et les ORS ou, le cas échéant, les universités aux CCS et aux CHU, d'autre part. » (CESBES, vol. 4.4, p. 235)

> affectés aux tâches de distribution des soins spécialisés œuvrant à l'intérieur du CCS ; deux par les agents de soins généraux (CLS) rattachés au CCS, dès que de telles unités sont créées ; et deux par le personnel d'enseignement œuvrant dans le CCS lorsque ce dernier est lié par contrat à cette fin avec une université. (CESBES, 1970b, p. 108)

Toutefois, la participation décisionnelle de la population aux conseils d'administration des CCS ne passe pas nécessairement par l'élection des personnes concernées, qui peuvent aussi être désignées par l'ORS, même si la CESBES préfère ici aussi la désignation par élection : « La participation décisionnelle implique la présence, au sein de la direction, de membres de la communauté, désignés par l'ORS ou de préférence élus selon un mode fixé par lui dans le cadre des dispositions de la loi des ORS. » (CESBES, 1970b, p. 107) De plus, la Commission précise que les personnes choisies parmi la population *ne siègent pas à titre de représentantes ou de représentants de la population* et qu'elles et ils *ne sont pas des mandataires* de cette dernière : « Ces personnes ne représentent pas la communauté, mais siègent au CCS à titre personnel ; c'est dire que, non mandataires d'un groupe ou de la population, elles peuvent prendre des décisions sans l'autorisation préalable de ceux qui les ont élues. » (CESBES, 1970b, p.108)

De même, la participation consultative de la population prévue aux conseils consultatifs externes des CCS n'implique pas non plus obligatoirement un mode de désignation électoral puisque ses membres peuvent être nommées ou nommés d'office par le CCS : « La corporation du CCS nomme les membres de ce conseil, soit qu'elle les désigne elle-même d'office, soit de préférence qu'ils soient élus d'après des modalités fixées par l'ORS, dans le cadre des dispositions prévues par la loi des ORS » (CESBES, 1970b, p. 108)[418].

---

[418] Il serait redondant de présenter les modalités de participation prévues pour les CHU, qui sont très semblables à celles des CCS, mais qui doivent en plus inclure une participation plus grande des universités, auxquelles sont étroitement liés les CHU de par leur vocation pour la recherche et l'enseignement.

Ainsi, malgré le fait que la Commission se prononce en faveur d'« une participation aussi étroite que possible des usagers à l'organisation des soins » (CESBES, 1970b, p. 54), elle envisage des modalités de participation qui apparaissent finalement comme timides lorsqu'elles sont comparées à celles mises en place à la CCPSC. Néanmoins, il faut reconnaître que la CESBES va sur cette question plus loin que les revendications syndicales des années 1960, qui se limitent à des demandes de participation au niveau régional sans faire mention d'une éventuelle participation populaire au niveau des établissements. Nous verrons toutefois au prochain chapitre qu'au moment des débats entourant le projet de loi 65 destiné à appliquer les principales recommandations de la Commission, le mouvement syndical sera au côté du mouvement des cliniques populaires pour réclamer un *élargissement* de l'ouverture à la participation populaire prévue dans ce projet de loi déposé par celui qui, en 1970, a délaissé son poste à la tête de la CESBES pour devenir le nouveau ministre des Affaires sociales : Claude Castonguay.

5.3 Conclusion

L'analyse du rapport de la CESBES – et plus particulièrement du volume 1 (sur l'assurance-maladie) et du volume 4 (sur la santé) – et sa comparaison avec les points de vue de classe dégagés dans la Partie 1 de la thèse conduisent à un premier constat clair : il existe une symétrie frappante entre le point de vue de la CESBES en matière de santé et celui exprimé par les grandes organisations syndicales québécoises durant les années précédant la publication du rapport.

Qu'il s'agisse de la perspective large à partir de laquelle est envisagé l'enjeu de l'assurance-maladie ; du rôle socio-sanitaire attribué à l'État ; de la critique de la médecine libérale ; de la conception globale, sociale et préventive de la sécurité sociale

et de la santé ; ou des prises de position contre l'hospitalo-centrisme et en faveur d'une rationalisation de l'organisation du système de soins, les recommandations de la CESBES correspondent dans une très large mesure aux revendications portées avec une vigueur croissante par le mouvement syndical durant les années 1950 et 1960 et développées historiquement à partir du XIXe siècle – notamment sur la base des luttes en faveur de la prévention des accidents et maladies professionnelles.

Inversement, il est également clair que ces recommandations vont pour la plupart à contresens du point de vue exprimé par le milieu des affaires dans les mémoires qu'il soumet à la CESBES : alors que la classe capitaliste défend le maintien du modèle résiduel de l'assistance médicale ; qu'elle plaide en faveur d'un rôle strictement supplétif pour l'État dans le domaine socio-sanitaire ; qu'elle se porte à la défense de la médecine libérale et du caractère privé des institutions du secteur de la santé ; et qu'elle insiste sur l'importance de la recherche médicale et, par extension, de la médecine spécialisée pratiquée dans les hôpitaux, le rapport de la CESBES va, sur toutes ces questions, dans la direction opposée à celle promue par le milieu des affaires.

En effet, la Commission, à l'instar des syndicats, se prononce plutôt en faveur d'un programme d'assurance-maladie complet, public et universel et d'un rôle « dynamique » pour l'État en matières sociale et sanitaire ; elle imagine un nouveau « régime de la santé » fondé sur un réseau intégré d'établissements publics ; elle critique sévèrement le modèle médical traditionnel et promeut le développement d'une médecine sociale et globale ; et elle souhaite le passage d'une médecine essentiellement individualiste, curative, ultra-spécialisée et hospitalo-centrique à une approche multidisciplinaire recentrée sur la première ligne et la prévention.

Ces dernières préoccupations, qui concernent plus directement la genèse des CLSC, renvoient également aux similitudes incontestables que l'on retrouve entre le modèle des CLS proposé par la CESBES et les demandes syndicales visant le développement d'un réseau de polycliniques de première ligne. Plusieurs des éléments au cœur du

modèle des CLS – et, plus tard, des CLSC – sont en effet déjà présents dans le projet de polycliniques mis de l'avant par les syndicats dès 1966 : objectif de sortir de l'hospitalo-centrisme par la rationalisation de la pratique médicale extra-hospitalière ; souci de favoriser la prévention ; accent sur la médecine de groupe ; volonté de développer le travail en équipes multidisciplinaires ; intégration de professionnelles et de professionnels issus des services sociaux dans les équipes de santé, autant de considérations qui sont d'ailleurs, pour l'essentiel, absentes de la réflexion du milieu des affaires en matière de santé. Sous certains aspects, le modèle des CLS proposé par la CESBES va cependant plus loin que celui imaginé par le mouvement syndical, ce dernier n'osant pas remettre sérieusement en question la rémunération à l'acte des médecins et le caractère privé de la pratique médicale, ni revendiquer une participation populaire à la gestion des établissements sanitaires.

Cette grande proximité entre le rapport de la Commission et les revendications syndicales ne doit toutefois pas nous rendre aveugle aux limites du point de vue de la CESBES par rapport à la version plus radicale du point de vue des travailleuses et des travailleurs en matière de santé, qui s'est incarnée au Québec dans le modèle des cliniques populaires à partir de 1967. Ainsi, malgré ses critiques du modèle médical traditionnel et du mode de rémunération à l'acte, et malgré le fait qu'elle promeut le passage de la pratique médicale solo au travail en équipes de soins multidisciplinaires, la CESBES n'ira pas jusqu'à s'attaquer directement au statut privilégié et au pouvoir des médecins, ni jusqu'à se positionner en faveur d'une démystification et d'une déprofessionnalisation de la médecine au sens où l'entend la CCPSC.

De même, bien qu'elle mette de l'avant une conception sociale de la prévention qui tient compte des causes sociales de la maladie, elle n'ira pas non plus jusqu'à défendre une conception socio-*politique* de la prévention : si la Commission est consciente des liens entre les inégalités sociales et les problèmes socio-sanitaires, elle fait l'impasse sur les rapports de pouvoir et de domination qui sous-tendent ces inégalités.

Conséquemment, elle propose – dans une approche que l'on pourrait qualifier sous plusieurs aspects de technocratique – des solutions qui apparaissent finalement comme largement dépolitisées lorsqu'elles sont comparées à l'approche de la CCPSC, centrée quant à elle sur le pouvoir citoyen et sur la mobilisation socio-politique comme moyen d'action sur les causes sociales (et politiques) de la maladie. À cet égard, le contraste est aussi frappant entre les modalités – relativement limitées – de participation populaire imaginées par la CESBES et celles – radicalement démocratique – réalisées dans le modèle de gestion de la CCPSC. Est également révélateur le fait que la CESBES considère l'action sur les causes sociales de la maladie comme n'étant pas directement du ressort du régime de la santé, alors que c'est précisément à partir des activités de la Clinique elle-même que la CCPSC envisage l'action sociale et politique (et communautaire) sur les conditions de vie malsaines.

Les recoupements importants – malgré ces limites – entre les grandes recommandations de la CESBES et la conception de la santé développée par les travailleuses et les travailleurs ne doivent pas non plus nous empêcher de voir les points de convergences – plus rares mais tout de même significatifs – entre le point de vue de la Commission et celui de la classe capitaliste. En effet, même si l'analyse révèle avant tout de nombreuses ressemblances entre les demandes syndicales et les prises de positions des commissaires, et même si ces similitudes impliquent que la Commission défend la plupart du temps des positions contraires à celle du milieu des affaires, il n'en demeure pas moins que sur certains aspects importants, la Commission se situe davantage du côté du point de vue de la classe capitaliste que de celui des travailleuses et des travailleurs.

Ainsi, en accord avec le point de vue de la bourgeoisie en matière de sécurité sociale (voir *supra*, chapitre 1), et dans une optique semblable à celle des « élites éclairées » à l'origine des premières initiatives dans le domaine de la santé publique au début du XIXe siècle (voir *supra*, chapitre 2), les dépenses sociales – et parmi celles-ci les

dépenses dans le domaine de la santé – sont considérées par les commissaires comme nécessaires *en tant qu'investissement dans le capital humain*, et non seulement en tant que droit social ou en tant que mesures favorisant la santé et le bien-être de la population. Et bien que la Commission tente, sur cette base, de réconcilier les tensions qui existent entre d'une part la croissance économique, l'accumulation du capital privé et l'investissement « productif » et, d'autre part, les dépenses sociales comme investissement social dans la main-d'œuvre, il n'empêche qu'au moment de présenter plus précisément les modalités de mise en œuvre de la réforme, la CESBES voit – à l'instar du milieu des affaires – les « capacités financières limitées » de la province comme une des contraintes pesant sur l'application de la réforme.

Ajoutées aux contraintes imposées par le niveau de développement des ressources humaines et matérielles dans le régime de la santé (la CESBES rejoint ici une autre des préoccupations exprimées par le milieu des affaires), ces contraintes financières conduisent la CESBES à recommander une application progressive de la réforme, qui doit pour les mêmes raisons se faire à coût nul. Au niveau des modalités de mise en œuvre de la réforme, la Commission adopte donc une attitude relativement prudente qui n'est pas sans rappeler les appels répétés en ce sens par la classe capitaliste. Il s'ensuit, à plusieurs égards, une certaine distance entre les grands principes formulés par la Commission et ses recommandations quant à l'instauration des mesures préconisées. Ainsi, au niveau des CLS, l'approche progressive adoptée par la CESBES signifie notamment qu'on recommande de cibler en priorité les secteurs et les populations défavorisées. Autrement dit, bien que ce programme soit clairement conçu comme un programme à portée universelle, il est néanmoins marqué dès le départ par certaines tendances typiques de l'approche résiduelle défendue par la classe capitaliste en matière de sécurité sociale.

Nous verrons dans les prochains chapitres que cette tendance à faire du programme universel des CLS(C) un programme « résiduel », de même que les limites qui

caractérisent le point de vue et le projet de réforme de la CESBES en ce qui concerne d'une part la place de la participation populaire, et d'autre part celle de l'action sur les causes sociales de la maladie, prendront une place croissante dans l'histoire des CLSC. En cela, ces trois tendance et limites – 1) tendance vers une mission « résiduelle » pour les CLSC ; 2) limites de la participation populaire ; 3) limites dans l'action sur les causes sociales de la maladie – constituent en quelque sorte les germes de développements futurs. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans les prochains chapitres, d'autant plus que ces tendances renvoient directement à la problématique générale de la thèse qui concerne notamment, rappelons-le, les limites qui pèsent sur l'État démocratique dans la société capitaliste et, plus spécifiquement, sur sa capacité à réaliser des réformes sociales qui vont dans le sens des revendications et des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs.

Précisons tout de même d'emblée que parce que ces tendances et limites étaient déjà inscrites dans la première formulation du modèle des CLSC, cela ne nous permet pas de conclure que ce modèle est en réalité simplement le produit des exigences du capitalisme ou d'une stratégie des classes dominantes pour imposer leurs intérêts. La Partie 1 de la thèse ainsi que le présent chapitre, qui ont permis de montrer que le modèle des CLS correspond en bonne partie aux attentes et aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs de l'époque, nous amène à remettre en question une telle interprétation qui, de manière typique des approches fonctionnalistes, ne tient pas compte du point de vue des « dominées » et des « dominés »[419]. De même, que ces tendances et ces développements soient inscrits dans

[419] L'analyse faite dans le présent chapitre nous conduit également à nuancer celle de Jetté (2008) qui, rappelons-le, considère que le mouvement syndical – contrairement au mouvement populaire – adhère dans une certaine mesure aux grands principes du monde industriel (efficacité et rationalisation) mis de l'avant dans le projet de réforme technocratique qu'est selon lui la Réforme des Affaires sociales. Nous avons montré en effet que si le mouvement syndical défend en effet, à l'instar de la CESBES, une rationalisation du système de soins, c'est moins dans une optique technocratique que dans le but de domestiquer un secteur privé alors prédominant dans le domaine socio-sanitaire. Plus encore, nous avons vu que la perspective technocratique défendue par la CESBES s'oppose en fait aux revendications en

le projet initial des CLS(C) ne signifie pas non plus qu'ils étaient inévitablement destinés à se réaliser. L'analyse proposée dans les chapitres 7 et 9 veut en effet montrer que ces limites et ces tendances, loin de s'instaurer et de se déployer « automatiquement », ont été l'objet d'une lutte, et que l'issue de cette lutte a été en bonne partie tributaire de l'évolution du rapport de force entre les classes sociales. Mais auparavant, voyons comment les recommandations de la CESBES ont finalement été appliquées et quelle forme a pris le modèle des CLSC dans ses premières versions officielles.

---

faveur d'une certaine démocratisation du réseau, revendications qui sont aussi portées par le mouvement syndical.

CHAPITRE 6

LES CLSC DANS LEURS PREMIÈRES VERSIONS OFFICIELLES (1971)

Dans l'histoire du système socio-sanitaire québécois, le début des années 1970 sera un moment charnière. C'est en 1970 qu'est déposé le volume 4 du rapport de la CESBES (1970a ; 1970b ; 1970c ; 1970d), volume consacré pour l'essentiel, comme nous l'avons vu, à une proposition de réforme majeure du « régime de la santé » québécois, jugée essentielle dans le contexte de l'instauration imminente d'un régime public et universel d'assurance-maladie. En effet, l'adoption de l'assurance-maladie apparaît désormais comme inévitable : à l'exception du milieu des affaires et de certaines actrices et acteurs – puissants, il est vrai – du système de soins (dont principalement les médecins spécialistes), elle fait l'objet d'un très vaste consensus au sein de la population québécoise[420].

Qu'il suffise de rappeler à cet égard que si Claude Castonguay (et, par extension, le Parti libéral) est généralement considéré comme le père de l'assurance-maladie au Québec, c'est un gouvernement de l'Union nationale qui, le premier, annonce dans le discours du budget d'avril 1969 l'introduction d'un plan d'assurance-maladie publique et universelle, faisant ainsi suite aux recommandations du rapport de la CESBES sur l'assurance-maladie publié en 1967. C'est aussi ce même gouvernement qui crée, en juin 1969, la Régie de l'assurance-maladie du Québec. En mars 1970, toujours sous un

[420] Même les médecins omnipraticiens prendront position en faveur du projet d'assurance-maladie, leurs revenus étant plus précaires que ceux des médecins spécialistes : les médecins spécialistes étant pour leur part plus susceptibles d'exercer dans les hôpitaux qu'en cabinets privés, leur pratique est en bonne partie financée par l'assurance-hospitalisation publique depuis le début des années 1960, et par le régime d'assistance couvrant les frais hospitaliers des plus démunies et des plus démunis depuis 1921. De plus, les modalités de financement prévues par le projet d'assurance-maladie promettent aux médecins omnipraticiens une valorisation de leur profession relativement aux médecins spécialistes. On prévoit notamment mettre fin à la pratique prédominante de l'époque, qui consistait à rémunérer davantage les spécialistes que les omnipraticiens pour un même acte médical.

gouvernement de l'Union nationale, le projet de loi 8 sur l'assurance-maladie est adopté *à l'unanimité* en première lecture. Deux jours plus tard, cependant, le gouvernement déclenche les élections et cette première version de la loi de l'assurance-maladie meurt au feuilleton avant son adoption définitive.

C'est dans ce contexte que Claude Castonguay quitte son poste à la présidence de la CESBES pour se présenter comme candidat sous la bannière du Parti libéral, alors dirigé par Robert Bourassa. Élu le 29 avril en même temps que son parti et nommé ministre de la Santé et de la Famille et du Bien-être, il se met rapidement à l'œuvre et, avant même la publication du rapport de la CESBES sur la santé, enclenche un vaste processus de réformes – la Réforme des Affaires sociales – dont une des premières étapes sera la résurrection de la *Loi de l'assurance-maladie* le 25 juin 1970. Celle-ci est adoptée en seconde lecture (encore une fois à l'unanimité) dès le 9 juillet et, malgré la résistance farouche des médecins spécialistes – qui iront jusqu'à déclencher et à poursuivre une grève en pleine crise d'octobre –, elle entre en vigueur le 1er novembre, une loi spéciale ayant forcé le retour au travail des médecins le 15 octobre, à la veille de la proclamation de la Loi sur les mesures de guerre.[421]

Cette première mesure sera rapidement suivie de la création du ministère des Affaires sociales (MAS), issu de la fusion entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être (Gaumer, 2006, p. 26). Cette réforme, qui correspond comme nous l'avons vu à l'une des revendications de la FTQ datant de 1968 (voir *supra*, chapitre 4), est également cohérente avec le point de vue global et social de la CESBES en matière socio-sanitaire et ce, même si une telle fusion est absente des recommandations de la Commission. Comme cela a été mentionné précédemment, plusieurs des collaboratrices et collaborateurs de la CESBES seront intégrés à l'équipe du nouveau ministère, dont Jacques Brunet, nommé sous-ministre de la Santé en 1970 et auteur de

[421] Pour un compte rendu fouillé et détaillé des débats et des luttes entourant l'adoption du régime d'assurance-maladie, voir Taylor (1972).

documents d'orientations et de rapports importants sur les CLSC[422] ; et Claude Forget, qui deviendra sous-ministre adjoint au MAS en 1971 puis, suite à l'élection de 1973 lors de laquelle Castonguay ne se représentera pas, ministre du même ministère.

La Réforme des Affaires sociales se réalise donc dans des circonstances exceptionnelles de très grande continuité : les réformatrices et les réformateurs ayant conçu la réforme sont aussi, en bonne partie, ceux et celles qui la mettront en œuvre. Dans ce contexte, il sera intéressant de constater que le modèle des CLSC subi néanmoins de nombreuses modifications par rapport à celui des CLS, non seulement à partir de 1974, année qui marque un tournant significatif dans l'histoire des CLSC (tournant d'ailleurs amorcé par Claude Forget et sur lequel nous reviendrons dans au chapitre 8), mais aussi dès le dépôt du projet de loi 65 sur l'organisation des services de santé et des services sociaux[423].

En effet, les bouleversements au sein du MAS nouvellement créé n'empêcheront pas la mise en œuvre rapide de l'autre grande pièce maîtresse de la Réforme des Affaires sociales, à savoir la réorganisation complète des réseaux de la santé et des services sociaux. Dès juillet 1971 est déposé le projet de loi 65 destiné à appliquer les principales recommandations du rapport sur la santé de la CESBES, dont la création d'un réseau d'établissements publics de première ligne. Sous certains aspects, ce projet de loi va toutefois plus loin que le rapport et propose également l'intégration, y compris au niveau de la première ligne, des services de santé et des services sociaux. Le modèle des Centre locaux de santé (CLS) imaginé par la CESBES y est donc remplacé par celui des Centre locaux de services communautaires (CLSC)[424]. Débattue en commission parlementaire pendant plusieurs mois et suite à certaines modifications

---

[422] Notamment MAS (1972a) et Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC (1987) (le Rapport Brunet).

[423] *Bill 65 : Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux*. (1971). 1ère lecture, 29e législature, 2e session.

[424] De même, l'office régional de la santé (ORS) de la CESBES devient dans le projet de loi 65 un office régional des affaires sociales (ORAS).

importantes, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[425] est finalement adopté le 24 décembre 1971, elle aussi à l'unanimité[426].

Ce sont ces deux premières versions officielles du modèle initial des CLSC qui sont l'objet principal du présent chapitre. Il s'agira d'abord de présenter le modèle des CLSC tel qu'il est formulé dans le projet de loi 65 (section 6.1) et de comparer ce modèle avec celui des CLS présenté dans le chapitre précédent. Cette présentation se fera bien sûr à partir du texte du projet de loi, mais également à partir des interventions de Claude Castonguay en commission parlementaire, qui permettent de préciser les intentions des réformateurs et des réformatrices au moment du dépôt du projet de loi. À cette occasion, nous pourrons constater que l'intégration des services de santé et des services sociaux n'est pas la seule modification subie par le modèle des CLSC par rapport aux recommandations de la CESBES.

Le modèle des CLSC tel que formulé dans le projet de loi 65 sera ensuite rapporté aux positions exprimées par les classes capitaliste et laborieuse en matière d'organisation du système de soins (section 6.2). Si nous référerons bien sûr ici aux points de vue de classe dégagés dans la Partie 1 de la thèse, nous nous appuierons principalement sur les prises de positions plus directes des centrales syndicales, des cliniques populaires et du milieu des affaires au sujet du projet de loi lui-même, et notamment (mais pas seulement) sur celles exprimées durant les travaux de la Commission permanente des Affaires sociales destinés à étudier ce projet de loi. La section suivante (6.3) sera consacrée au modèle des CLSC tel qu'officiellement institutionnalisé dans la loi de 1971, qui signe l'acte de naissance non seulement des CLSC, mais aussi du système

---

[425] *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. (1971). L.Q. c 48.

[426] Ceci concorde avec le fait que les divers entretiens conduits dans le cadre de la présente recherche indiquent qu'au moment de l'adoption de la loi, le modèle des CLSC ne suscitait pas de polémique et était généralement accueilli soit positivement, soit avec indifférence, sauf par les médecins qui ont dès le début rejeté le modèle. Ce n'est qu'à partir du moment où les CLSC ont commencé à être « dérangeants » qu'ils ont été remis en question par le ministère. Nous y reviendrons aux chapitres 8 et 9.

socio-sanitaire public québécois. Ce qu'on pourrait appeler la « première version finale » des CLSC sera elle aussi comparée à ses versions précédentes et rapportée aux points de vue et positions de classes.

Notons qu'à travers cette analyse nous porterons une attention particulière aux trois aspects suivants du modèle, qui sont aussi les trois enjeux majeurs autour desquels se joueront principalement les luttes sur l'avenir des CLSC (et à propos desquels nous avons déjà identifié certaines tendances et limites dans le projet formulé par la CESBES[427]) : 1) les CLSC comme porte d'entrée principale du réseau (et donc comme programme à portée universelle plutôt que résiduelle, enjeu qui renvoie également à la place du secteur privé, et plus précisément des cabinets médicaux privés, dans la distribution des soins de première ligne) ; 2) la place de la participation populaire dans les CLSC (étroitement liée au degré d'autonomie de ces établissements face au MAS, et donc au degré de bureaucratisation dans l'encadrement des CLSC, mais aussi au pouvoir relatif des médecins par rapport à celui des citoyennes et des citoyens) ; et 3) la conception de la prévention incarnée dans les CLSC (et notamment la place et le rôle de l'action communautaire, et donc de l'action sur les causes sociales de la maladie).

6.1 Le projet de loi 65 (juillet 1971)

Nous présentons ici le modèle des CLSC tel que proposé dans le projet de loi 65, qu'il s'agira de comparer avec le modèle des CLS imaginé par la CESBES. Avant de s'attarder plus directement aux principaux aspects du modèle et au rôle pivot des CLSC dans la réalisation des grands objectifs de la réforme (section 6.1.2), il convient toutefois, comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent au moment d'exposer le modèle des CLS, de présenter d'abord brièvement le portrait d'ensemble de la réforme

[427] À ce sujet, voir le chapitre précédent, et principalement sa conclusion.

projetée et de préciser la place des CLSC dans le futur réseau de la santé et des services sociaux (section 6.1.1). Une analyse des structures administratives prévues par le projet de loi nous permettra enfin d'aborder l'enjeu de la participation et, par extension, celui de l'autonomie des établissements d'une part et du pouvoir des médecins d'autre part (section 6.1.3).

6.1.1 Les CLSC dans le nouveau réseau de la santé et des services sociaux

Si le ministère souhaite créer, avec le projet de loi 65, un nouveau type d'établissement public de première ligne, cette innovation s'inscrit dans un projet de réforme beaucoup plus vaste, qui concerne cette fois non seulement le secteur de la santé, mais aussi celui des services sociaux. En effet, comme cela a été mentionné précédemment, le projet de loi 65 se distingue d'abord du régime de la santé imaginé par la CESBES par le fait qu'il propose l'intégration des services de santé et des services sociaux. Cette intégration, déjà amorcée avec la fusion du ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être dans le ministère des Affaires sociales, doit avec le projet de loi se réaliser également par la création d'un réseau intégré de services de santé et de services sociaux.

Les établissements concernés par la réforme ne se limitent donc plus aux établissements de santé : sont affectés par le projet de loi non seulement les hôpitaux, qu'on souhaite transformer en « centres hospitaliers »[428], mais aussi les agences de service social et les divers types de foyers d'accueil, désignés respectivement dans le projet de loi par les catégories nouvelles de « centre de service social » et de « centre d'accueil ». De même, le palier administratif régional imaginé par la CESBES sous le nom d'office

[428] Le vocable de « centres communautaire de santé » est abandonné, de même que la distinction formelle entre ceux-ci et les « centres hospitaliers universitaires ».

régional de la santé (ORS) devient dans le projet de loi un office régional des affaires sociales (ORAS). Enfin, cette intégration des services de santé et des services sociaux se réalise également par la création d'une nouvelle catégorie d'établissements – les CLSC – destinés à offrir, sur une base locale, les deux types de services. Le portrait général qui se dégage du futur réseau de la santé et des services sociaux est donc sensiblement différent du régime de la santé élaboré par la CESBES.

Ceci est d'autant plus vrai que le projet de loi prévoit par ailleurs une décentralisation beaucoup plus timide que celle recommandée par la CESBES. Plutôt que d'être conçus, à l'instar des ORS imaginés par la CESBES, comme de véritables instances de pouvoir régionales dotées de tous les attributs de la « puissance publique », les ORAS sont présentés d'abord, dans les notes explicatives insérées en préambule du projet de loi, comme des institutions qui « serviront de lien entre la population, le ministre des Affaires sociales et les institutions régionales ou locales dispensant des services de santé ou des services sociaux » et qui « conseilleront aussi le ministre au sujet de ces institutions ». Et si on prévoit aussi que les ORAS « surveilleront et réglementeront » ces mêmes institutions, on précise du même souffle que cela se fera « sous l'autorité du gouvernement » (Bill 65, 1971, notes explicatives).

Ainsi, le projet de loi définit les principales fonctions des ORAS dans les termes suivants :

> Un office a pour fonctions : a) d'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les institutions établies dans la région pour laquelle il est institué ; b) de conseiller le ministre au sujet de ces institutions ; c) *de collaborer avec le ministre* à l'élaboration des programmes de développement et de financement de ces institutions ; d) de surveiller et réglementer l'activité de ces institutions conformément à la présente loi et aux règlements [...]. (Bill 65, 1971, art.4)

On remarque ici que si on prévoit pour l'ORAS, outre des fonctions de « conseil » auprès du ministre, un rôle dans l'élaboration des budgets et des programmes de

développement (ce qui correspond aux recommandations de la CESBES), on n'attribue pas à l'ORAS de pouvoir de décision autonome à cet égard. De même, en ce qui concerne plus précisément la répartition, l'intégration et la rationalisation des ressources sur son territoire, l'ORAS n'a plus ici qu'un pouvoir de recommandation auprès du ministre :

> Tout office doit, aussi souvent qu'il le juge à propos et chaque fois que le ministre l'en requiert, adresser ses recommandations au ministre afin d'assurer : a) une répartition adéquate sur son territoire des ressources consacrées aux services de santé et aux services sociaux ; b) une intégration équilibrée des services de santé et des services sociaux aux milieux qu'ils desservent ; c) la meilleure utilisation possible des ressources disponibles et le meilleur contrôle possible des coûts et de la qualité des services. (Bill 65, 1971, art. 5)

C'est d'ailleurs le ministre qui a la responsabilité d'élaborer, en collaboration avec les ORAS, les programmes de développement quinquennaux ; à cet égard, le projet de loi prévoit un contrôle serré, par le ministre, des projets de développement conçus par les ORAS :

> Le ministre est autorisé à préparer chaque année, après consultation de chacun des offices, un programme de développement pour les cinq années suivantes, divisé en tranches annuelles. Chaque office doit transmettre chaque année au ministre ses projets quinquennaux de développement avant la date qu'il indique ; il doit aussi transmettre au ministre tout renseignement que celui-ci requiert. Tout programme préparé en vertu du présent article doit indiquer en détail l'objet et le montant des investissements pour la première année et contenir un état des investissements prévus pour les années subséquentes [...]. (Bill 65, 1971, art. 6)

Néanmoins, on prévoit pour les ORAS des « pouvoirs d'enquête » considérables sur les établissements de leur territoire (art. 30 à 35). Ces pouvoirs d'enquête sont cependant encadrés par le ministre : « Un office ne peut toutefois instituer une telle enquête à moins d'avoir préalablement adressé au ministre un avis exposant les motifs qui conduisent l'office à instituer cete [sic] enquête. » (Bill 65, 1971, art. 34) De plus, c'est le ministre lui-même, plutôt que l'ORAS, qui a le pouvoir de sanctionner les établissements le cas échéant, l'ORAS n'ayant à cet égard qu'un pouvoir de

recommandation : « À la suite d'une telle enquête, l'office adresse au ministre les recommandations qu'il juge à propos. » (Bill 65, 1971, art. 34)

Le projet de loi accorde aussi aux ORAS des pouvoirs de réglementation non négligeables concernant les normes de fonctionnement internes des établissements, y compris en ce qui concerne les conseils des médecins et dentistes institués dans les centres hospitaliers (nous y reviendrons) :

> Tout office peut, sous réserve de la présente loi et des règlements adoptés par le lieutenant-gouverneur en conseil conformément à la présente loi, faire des règlements pour : a) établir les normes dans le cadre desquelles le comité administratif et le directeur général d'une institution publique peuvent exercer les pouvoirs qui leur sont conférés par la présente loi ; b) établir la procédure qui doit être suivie au cours des séances publiques d'information que doit tenir une institution publique ; c) fixer les règles de nomination et d'élection des membres des comités administratifs d'institutions publiques ; [...] f) établir les règles de fonctionnement des conseils des médecins et dentistes institués dans chacun des centres hospitaliers qui sont situés dans la région pour laquelle il a été constitué et déterminer les comités que ces conseils doivent mettre sur pied. (Bill 65, 1971, art. 36)

Toutefois, ces règlements doivent recevoir l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil : « Ces règlements entrent en vigueur, après approbation des membres du conseil de l'office et du lieutenant-gouverneur en conseil donnée sur recommandation du ministre » (Bill 65, 1971, art. 36) De plus, le directeur général de l'ORAS est nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil « à même une liste de trois personnes soumise par le conseil de l'office. » (Bill 65, 1971, art. 24)

Malgré l'attribution de certains pouvoirs aux ORAS, on ne peut donc que constater les limites de la décentralisation prévue par le projet de loi lorsqu'on la compare à celle imaginée par la CESBES. Cette décentralisation limitée s'accompagne évidemment, comme on peut déjà l'observer ici, d'une centralisation accrue des pouvoirs au niveau du ministère : en plus des pouvoirs de règlementation considérables qui sont accordés au lieutenant-gouverneur en conseil (art. 133), plusieurs des pouvoirs qu'on prévoyait

au départ accorder aux ORS sont, dans le projet de loi, attribués directement au ministre ou au lieutenant-gouverneur en conseil. Ainsi, c'est le ministre lui-même, plutôt que les ORAS, qui est responsable d'approuver les budgets de chacun des établissements du réseau, les ORAS n'ayant ici aussi qu'un pouvoir de recommandation : « Tout office doit, chaque année, transmettre au ministre les projets de budgets des institutions que celles-ci lui adressent, et y joindre ses recommandations. » (Bill 65, 1971, art. 7) On précise plus loin :

> Toute institution publique ainsi que toute institution privée subventionnée doit soumettre chaque année à l'office de la région dans laquelle elle est située, avant la date que le ministre prescrit, son budget pour l'année financière suivante. Ce budget est sans effet tant qu'il n'est pas approuvé par le ministre. (Bill 65, 1971, art. 137)

De même, contrairement à ce qui était recommandé par la CESBES, ce n'est pas l'ORAS qui, dans le projet de loi, est responsable de l'incorporation des établissements sur son territoire, et les centres hospitaliers n'ont pas non plus ni le pouvoir ni la responsabilité d'incorporer les CLSC ; c'est le ministre qui en fait lui-même la recommandation au lieutenant-gouverneur en conseil :

> Le ministre des institutions financières, compagnies et coopératives peut, avec l'autorisation du lieutenant-gouverneur en conseil donnée sur la recommandation du ministre, instituer par lettres patentes sous ses seing et seau, des institutions publiques de l'une ou l'autre des quatre catégories suivantes : a) centres locaux de services communautaires ; b) centres hospitaliers ; c) centres de services [sic] social ; d) centres d'accueil. (Bill 65, 1971, art. 41)

C'est aussi le ministre, plutôt que les ORAS, qui a le pouvoir de mettre en tutelle les établissements (et d'exercer cette tutelle), et c'est lui également qui a le pouvoir de dissoudre les institutions, l'exercice de ces pouvoirs étant encadrés par le lieutenant-gouverneur en conseil (art. 120 à 132).

Soulignons que si les limites de la décentralisation prévue dans le projet de loi s'accompagnent d'une certaine centralisation des pouvoirs au niveau du ministère et

du gouvernement, celle-ci implique également des liens beaucoup moins étroits entre les établissements que ce que suggérait la CESBES. En effet, le renforcement du contrôle direct du ministère sur les établissements se fait au prix d'une intégration moins « organique » des établissements entre eux et ce, malgré une représentation mutuelle des établissements au niveau des conseils d'administration (nous y reviendrons, section 6.1.3). Notamment, le développement d'un réseau de CLSC n'est pas ici la responsabilité des centres hospitaliers : alors que les CLS sont, dans le rapport de la CESBES, pratiquement conçus comme le prolongement des CCS (et des CHU) et de leur mission en matière de soins généraux, les CLSC sont dans le projet de loi largement autonomes des autres établissements de services du réseau qui – outre la possibilité prévue dans le projet de loi de développer certains contrats de services – n'ont aucune responsabilité ni aucun pouvoir direct dans la détermination des programmes à mettre en œuvre dans les CLSC.

Une dernière différence – significative – entre le régime de la santé imaginé par la CESBES et le portrait qui se dégage du projet de loi a trait à la place des institutions privées dans le réseau. Nous avons vu que la CESBES envisageait le régime de la santé comme un système *public* et ses établissements constitutifs comme des établissements *public*, même si elle prévoyait que la transition vers un régime public se ferait de manière « volontaire ». C'est d'ailleurs également ce que prévoit le projet de loi :

> Une institution privée ne peut être fusionnée ou convertie en vertu des articles 83 ou 84 *qu'à sa demande* et aux conditions agréées entre elle et le ministre, qui doit préalablement prendre l'avis de l'office dans le territoire duquel sont situés les établissements maintenus par les corporations en cause. (Bill 65, 1971, art. 85)

Même si elle ne le précise pas, on peut penser que la Commission s'attendait à ce que l'attrait du financement public incite fortement les établissements privés (souvent déficitaires, comme nous l'avons vu au chapitre 3) à se convertir en établissements publics. Or, le projet de loi laisse la porte ouverte non seulement à l'existence d'institutions privées, *mais également à la subvention, par l'État, de ces institutions* :

> Toutes les institutions seront totalement subventionnées par l'état si elles demeurent ou deviennent des institutions publiques. Les institutions privées continueront leur œuvre pourvu qu'elles choisissent de faire leurs propres frais sans l'aide de l'état *ou d'être subventionnées pour leurs dépenses et pour une rémunération représentant le rendement moyen d'une entreprise du même genre dans la région où elles opèrent*. (Bill 65, 1971, notes explicatives)

Le projet de loi est donc beaucoup plus timide à cet égard que la CESBES, qui recommandait, dans le second tome du volume 7 du rapport (sur les établissements à but lucratif), l'abolition des subventions étatiques au secteur privé à but lucratif. En effet, après une critique sévère des « établissements à but lucratif » (voir en particulier CESBES, 1970e, p. 41-47), la CESBES recommande « Que prenne fin, dans les meilleurs délais, le régime des subventions directes ou indirectes de l'État aux établissements hospitaliers et aux établissements de bien-être à but lucratif. » (CESBES, 1970e, p. 63)

Or, les institutions privées pour lesquelles on prévoit maintenir les subventions étatiques désignent clairement, dans le projet de loi, les institutions à but lucratif. On définit une « institution publique » comme « une institution maintenue par une corporation sans but lucratif » (Bill 65, 1971, art. 1) et une « institution privée » comme « une institution autre qu'une institution publique » (Bill 65, 1971, art. 1). Quant aux « institutions privées subventionnées », elles sont définies comme « toute institution privée qui a conclu avec le ministre une entente prévue à l'article 136 » (Bill 65, 1971, art. 1), l'article 136 stipulant que :

> Le ministre peut convenir avec une institution privée de payer les dépenses d'opération de cette institution pour la période de temps déterminée par la convention. En ce cas, le propriétaire de l'institution n'a droit de recevoir, en outre du remboursement des dépenses admissibles en vertu des règlements, que la rémunération correspondant à un pourcentage annuel, que fixent les règlements, de la valeur de l'investissement financier du propriétaire dans l'institution privée. Ce pourcentage est établi en tenant compte du rendement moyen, dans la région où est située l'institution privée, des investissements financiers dans les institutions de la même catégorie. Aucune somme provenant

> des deniers publics ne peut être versée à une institution privée si ce n'est conformément au présent article. (Bill 65, 1971, art. 36)

À l'encontre des recommandations de la CESBES, le projet de loi prévoit donc que l'État pourra subventionner des établissements privés (à but lucratif), qui se voient ainsi attribuer une place dans le futur réseau de la santé et des services sociaux. Voyons maintenant comment se présente, dans ce projet de loi, le modèle des CLSC et son rôle dans la réalisation des grands objectifs de la réforme.

6.1.2 Les principaux aspects du modèle des CLSC : au-delà des « structures », un projet de loi peu explicite sur le « contenu substantiel » de la réforme

Au moment des débats sur le projet de loi 65 en commission parlementaire, le député péquiste Camille Laurin, très favorable à la réforme, déplore cependant que le projet de loi soit consacré principalement à la « réforme des structures » et qu'il ne précise pas suffisamment les « réformes de substance » visées par la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux :

> nous voudrions, comme remarque très préliminaire, inciter le ministre à ce que, même si ce projet de loi est technique et traite des structures, on y voie [sic] quand même un peu plus la substance des réformes qui sont contenues dans le rapport de la commission Castonguay-Nepveu et dans les exposés de principe que le ministre a faits à plusieurs reprises depuis un an [...]. (Québec, 1971, 24 août)

Et de fait, ce qui frappe d'abord à la lecture du projet de loi, c'est le peu de détails qu'il contient quant au « contenu substantiel » de la réforme : aucune mention n'est faite, notamment, des grands principes ou objectifs qui la sous-tendent, ni du contenu des programmes de santé et de services sociaux envisagés par le ministère. Ceci est d'ailleurs parfaitement assumé par Claude Castonguay qui, dans sa présentation du

projet de loi, précise qu'il porte pour l'essentiel sur les structures administratives prévues pour les institutions du réseau :

> 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. (Québec, 1971, 24 août)

Ceci est également vrai en ce qui concerne plus spécifiquement le modèle des CLSC, dont les principaux aspects sont très peu explicités. Si la présentation détaillée des structures administratives nous permet de connaître avec assez de précision les modalités de participation envisagées par le ministère (modalités sur lesquelles nous reviendrons dans la section 6.1.3), le projet de loi n'est par contre pas très explicite en ce qui concerne le « contenu » du modèle des CLSC. Autrement dit, il nous en apprend peu sur la manière dont les CLSC doivent permettre d'incarner les principaux objectifs de la réforme, et notamment le passage à une médecine globale, sociale et préventive.

Ce flou concernant la définition « substantielle » des CLSC est d'autant plus surprenant qu'il s'agit là d'établissements entièrement nouveaux, contrairement aux autres établissements concernés par le projet de loi (centres hospitaliers, centres de service social et centres d'accueil), qui doivent quant à eux, comme nous l'avons vu, être créés à partir des hôpitaux, agences de service social et foyers d'accueil déjà existants dans le secteur de la santé et des services sociaux. Or, malgré le caractère presque inédit du modèle, le projet de loi se borne à offrir, à l'instar de ce qui est fait pour les autres établissements, une définition générale des CLSC :

> 'centre local de service communautaire' : un établissement qui, sur une base locale, assure à la communauté des services d'action sanitaire et sociale, reçoit les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, les conseille ou les dirige vers les autres institutions les plus aptes à leur venir en aide et, si nécessaire, leur prodigue les services de santé ou les services sociaux courants (Bill 65, 1971, art. 1)

Cette définition nous apprend, pour l'essentiel, que les CLSC sont des établissements consacrés, au niveau local, à la distribution de *services de santé* et de *services sociaux courants*. Si l'intégration des services de santé et des services sociaux est ainsi établie clairement, aucune mention n'est faite de l'intégration, au sein de ces établissements, des soins curatifs *et préventifs* (alors que cette précision est faite en ce qui concerne les centres hospitaliers)[429]. Aucune mention n'est faite non plus de la nécessité de réaliser concrètement cette intégration par une organisation du travail en *équipes de soins multidisciplinaires*. Et bien que la définition précise que le rôle des CLSC est de prodiguer des services de santé et des services sociaux *courants* et qu'on peut en déduire qu'ils sont à ce titre conçus comme des établissements de première ligne tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur social, rien dans cette définition n'indiquent qu'ils sont destinés à devenir *la porte d'entrée principale du réseau*.

Néanmoins, l'allocution prononcée par Claude Castonguay au moment de présenter le projet de loi en commission parlementaire et, dans une moindre mesure, les notes explicatives insérées en préambule du projet de loi permettent d'apporter certaines précisions quant à ces trois aspects importants qui étaient, comme nous l'avons vu, au cœur du modèle des CLS développé par la CESBES (voir *supra*, section 5.2.2). Rappelons que les CLS étaient conçus : 1) comme le pivot du virage vers la première ligne (en tant qu'éventuelle porte d'entrée principale du régime de la santé) ; 2) comme le pivot du virage vers la prévention ; et 3) comme le pivot du virage vers une pratique en équipes multidisciplinaires. L'allocution de Castonguay et les notes explicatives du projet de loi permettent ainsi de préciser le rôle des CLSC dans la réalisation des grands objectifs de la réforme.

---

[429] Le « centre hospitalier » est défini comme « un établissement où l'on reçoit des personnes pour fins *de prévention*, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation, physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet de médecin ou de dentiste et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves » (Bill 65, 1971, art. 1). Le degré de précision de cette définition par rapport à celle des CLSC est frappant, du moins en ce qui concerne l'intégration et la nature des services prodigués dans ces établissements respectifs.

D'entrée de jeu, et dans une formulation qui reprend presque mot à mot le rapport de la CESBES, les objectifs du projet de loi sont réinscrits par Castonguay dans le cadre plus large des objectifs non seulement sanitaires mais aussi sociaux du ministère des Affaires sociales :

> En ce qui a trait aux grands objectifs du ministère des Affaires sociales, je crois qu'il est important de rappeler que la politique du ministère a pour but général de mieux adapter les services aux besoins de la population, de les rendre plus accessibles et aussi d'en assurer la continuité. Cette politique est nécessaire pour atteindre les grands objectifs sociaux du ministère des Affaires sociales, à savoir l'amélioration de l'état de santé de la population, l'amélioration des conditions sociales des individus, des familles et des groupes, ainsi que l'état du milieu où s'inscrivent leurs activités. (Québec, 1971, 24 août)

Dans une perspective qui n'est pas non plus sans rappeler les « contraintes financières » évoquées par la CESBES comme limites aux possibilités de réforme, Castonguay précise cependant aussitôt que

> [l]a réalisation de cette politique doit évidemment se faire dans le cadre de la responsabilité de l'Etat d'assurer une allocation des ressources humaines et financières aussi juste et rationnelle que possible et aussi dans le cadre de la responsabilité de l'Etat d'exercer le contrôle nécessaire sur l'utilisation de ces ressources. (Québec, 1971, 24 août)

En conclusion de son allocution, on retrouve également l'idée que la réforme doit pour l'essentiel se faire à coût nul, et qu'au-delà des objectifs d'accessibilité et de qualité des soins, elle vise aussi une rationalisation des dépenses publiques dans le domaine socio-sanitaire :

> je crois qu'il apparaît également important de rappeler qu'en tant que tel ce projet ne vise aucunement à hausser le niveau des dépenses publiques ; au contraire, il vise plutôt que les dépenses considérables effectuées dans le secteur des affaires sociales le soient le plus efficacement possible. (Québec, 1971, 24 août)

Il est intéressant de souligner ici que dans cette même optique, Castonguay précise que « [l]e projet ne vise pas à créer de nouvelles ressources en tant que telles. » (Québec,

1971, 24 août) Considérant que le projet de loi prévoit la création d'un nouveau palier administratif (les ORAS) *ainsi que d'un nouveau type d'établissement* (les CLSC), une telle déclaration est pour le moins étrange. En fait, il semble que le ministre veuille indiquer ici que le projet de loi ne crée pas lui-même, d'un seul coup, un réseau d'institutions nouvelles, mais que ces institutions seront créées par la suite de façon progressive en fonction des besoins et des ressources :

> Les ORAS, comme nous l'avons mentionné, ne seront pas mis sur pied en une seule opération. Lorsque l'on se réfère à de nouvelles désignations d'institutions, l'on n'a pas en tête la création de ces institutions par ce projet de loi, mais plutôt l'établissement de catégories, comme je l'ai mentionné. (Québec, 1971, 24 août)[430]

Quoiqu'il en soit, c'est avant tout sur les grands objectifs socio-sanitaires de la réforme et du ministère que Castonguay s'appuie pour justifier la nécessité d'une réorganisation et d'une certaine coordination des établissements et des services :

> Comme je l'ai déjà mentionné d'une façon plus générale, l'objectif le plus fondamental, je crois, de ce projet est d'assurer à la population l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux. Aussi, il devient donc nécessaire de relier les différents éléments du réseau général des institutions et des services sur la base d'une complémentarité tant au niveau des objectifs qu'au niveau des fonctions, des programmes et des activités qui en découlent. (Québec, 1971, 24 août)

Or, si la réalisation de ces objectifs implique d'abord une certaine décentralisation dans les ORAS, elle implique également le développement d'une approche globale et intégrée qui doit se réaliser principalement au niveau des CLSC, notamment par le développement *d'équipes de soins multidisciplinaires* :

---

[430] En ce qui concerne les CLSC, nous verrons qu'ils seront effectivement implantés de manière très progressive, ce qui contribuera d'ailleurs de façon décisive à l'échec du modèle initial. Les remarques qui précèdent suggèrent assez clairement que ce sont des considérations financières davantage que des contraintes organisationnelles qui ont présidé à ce choix.

> Les implantations [sic] de cette approche supposent également une intégration, au niveau des centres locaux, [sic] de services communautaires sur deux plans : une intégration au niveau de l'approche même des problèmes de l'individu, de la famille et des groupes ; également une intégration au niveau de la formation des équipes qui, par voie de conséquence, devront être polyvalentes et multidisciplinaires. (Québec, 1971, 24 août)

Castonguay réitère donc ici que le virage vers le travail en équipes multidisciplinaires est prioritaire dans la réforme et constitutif du modèle des CLSC. En ce qui concerne le virage vers une approche préventive, Castonguay rappelle non seulement, comme nous l'avons vu, l'importance d'améliorer les conditions sociales et l'état du milieu, mais il précise également de nouveau que la prévention est un objectif fondamental de la réforme :

> la poursuite des grands objectifs, dont est responsable le ministère des Affaires sociales, suppose également, à titre d'objectif fondamental, la nécessité de relier les programmes de prévention aux activités de traitement, de même que la condition des individus et des familles à leur milieu de vie où naissent et se développent un grand nombre des causes des divers désiquillibres [sic] que visent en définitive nos politiques. (Québec, 1971, 24 août)

On retrouve ici l'essentiel de la conception de la prévention – y compris dans sa dimension sociale – portée par la CESBES. Castonguay n'insiste toutefois pas sur le rôle particulier des CLSC à cet égard. Néanmoins, les notes explicatives insérées en préambule du projet de loi précisent, indirectement au moins, que les CLSC sont destinés à jouer un rôle significatif en matière de prévention et ce, même si la définition de ces établissements dans le projet de loi n'en fait pas explicitement mention. En effet, son préambule stipule que ces « nouvelles institutions connues sous le nom de 'centre [sic] locaux de services communautaires' remplaceront graduellement les services d'urgence et les unités sanitaires ». Ces dernières ayant pour mission principale les services de santé publique et de prévention, ceci indique clairement une intention de situer la prévention au cœur du mandat des CLSC.

Il est difficile toutefois de déterminer si *l'action sur les causes sociales de la maladie* mentionnée par Castonguay au niveau des grands objectifs de la réforme était à ce moment considérée comme partie intégrante du modèle des CLSC lui-même. Rappelons à cet égard que la CESBES tendait pour sa part à considérer cette dimension de la prévention comme relevant de compétences « extérieures » au régime de la santé (voir *supra*, chapitre 5). Or, il n'est pas clair si les « services d'action sanitaires et sociales » dont il est question dans la définition des CLSC proposée par le projet de loi constituent une référence à la prévention par l'action communautaire et sociale sur le milieu de vie telle que pratiquée à l'époque dans les milieux populaires. Il est possible que ce soit le cas, d'autant plus que la définition des centres de service social fait également mention des « services d'action sociale » et que l'animation sociale, d'où est issue l'action communautaire, était à cette époque bien connue et présente dans les agences de service social[431]. Rappelons également que le modèle de la CCPSC était lui aussi bien connu, le premier rapport de la CESBES y faisant référence dès 1967. Quoiqu'il en soit, cette formulation, reprise dans la version finale de la loi, sera interprétée comme une référence à l'action communautaire par plusieurs acteurs et actrices du milieu par la suite, comme en témoigne plusieurs personnes ayant participé aux entretiens.

Les précisions apportées par les notes explicatives nous renseignent également sur le rôle des CLSC dans le virage vers la première ligne. En effet, même si Castonguay ne réitère pas directement, dans son allocution, la nécessité de remettre en question l'hospitalo-centrisme[432], la volonté de voir les CLSC remplacer les services d'urgences

---

[431] Dans plusieurs cas, les personnes en charge de l'implantation des premiers CLSC seront d'ailleurs des « animateurs sociaux » issus de ces agences.

[432] Néanmoins, on peut voir dans la remarque suivante une allusion à cet enjeu : « il m'apparaît évident que le bill 65 va soulever des objections, des résistances. A ce sujet, il m'apparaît important de rappeler qu'on ne saurait ignorer, au moment où ces objections seront formulées, qu'il existe présentement, dans le domaine de l'organisation des services de santé et des services sociaux, des déficiences sérieuses : la pénurie ou encore le déséquilibre de certains types de ressources par rapport à d'autres ; la répartition inégale des ressources selon les besoins ; bien souvent, l'incapacité d'agir efficacement et de façon proportionnée aux problèmes, de la part du ministère ; les coûts élevés dans le secteur, coûts qui croissent

(généralement dispensés par les hôpitaux) indique que ces nouveaux établissements sont conçus comme un moyen de recentrer le réseau sur la première ligne. Toutefois, il n'est nulle part mentionné que les CLSC sont destinés à devenir la principale porte d'entrée du réseau, et donc à intégrer la plus grande partie de la pratique médicale généraliste. Au contraire, Castonguay se défend explicitement de vouloir, avec ce projet de loi, remettre en question la pratique solo en cabinet privé. En effet, au moment de présenter les CLSC, il fait la précision suivante :

> Ici, il est peut-être important, j'y reviendrai, de préciser que ce projet de loi *ne touche pas les autres modes de distribution de services* qui n'entrent pas dans le cadre des définitions données par le projet de loi, par exemple, *l'exercice autonome d'une profession en cabinet privé, je pense en particulier aux médecins*. (Québec, 1971, 24 août)

Rappelons néanmoins que ceci ne va pas à l'encontre du rapport de la CESBES puisque la Commission n'allait pas jusqu'à recommander l'intégration forcée des médecins omnipraticiens au sein des CLS. Toutefois, elle considérait que les médecins choisissant de poursuivre une pratique solo en cabinets privés devraient s'affilier à un CLS, et il est clair que l'adhésion – volontaire mais « fortement encouragée » – des médecins devait conduire progressivement à faire des CLS le modèle principal de dispensation des soins de première ligne. Aucune allusion à un tel objectif n'est présente ici, ni dans le projet de loi, ni dans l'allocution du ministre.

Si les trois aspects du modèle des CLSC abordés ici – les CLSC comme pivot du virage vers la première ligne, vers la prévention (y compris dans sa dimension sociale) et vers le travail en équipes multidisciplinaires – sont peu détaillés dans le projet de loi, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'enjeu de la participation. Nous verrons maintenant

---

à un rythme rapide, alors que les besoins demeurent encore très grands par rapport aux ressources. » (Québec, 1971, 24 août)

comment cette question devient, dans le projet de loi, une partie intégrante du modèle des CLSC.

6.1.3 Les CLSC au cœur du projet de participation

Dans la présentation que fait la CESBES du nouveau régime de la santé, les CLS n'apparaissent pas particulièrement comme des établissements pivots dans la réalisation de l'objectif d'ouverture à la participation du régime, comme nous avons pu le constater au chapitre précédant (voir *supra*, section 5.2.3). Les modalités de participation au sein de ces établissements restent d'ailleurs floues dans le rapport de la Commission, alors que des suggestions précises y sont faites pour les autres établissements et les ORS. Plus encore, la participation décisionnelle de la population y est présentée comme optionnelle au niveau des CLS, pour lesquels on prévoit la possibilité d'une formule privée avec participation consultative seulement.

Nous verrons maintenant que dans le projet de loi 65, les CLSC deviennent au contraire clairement le lieu par excellence où s'incarne la volonté de démocratisation du régime. Ceci est d'ailleurs clairement affirmé par Castonguay lui-même dans son allocution de présentation du projet de loi en commission parlementaire :

> Au niveau de l'approche même des problèmes de l'homme, *c'est-à-dire particulièrement au niveau des unités ou des institutions qui sont chargées de maintenir le lien le plus immédiat, le plus constant avec les individus, les familles et les groupes, c'est-à-dire au niveau des CLSC*, dont la création est proposée par le bill 65, [les objectifs de la réformes impliquent] la nécessité de prévoir dans l'administration de ces services une plus grande participation de la population qui reçoit ces services. (Québec, 1971, 24 août)

Bien sûr, on constate également une certaine ouverture à la participation au niveau des ORAS et des autres établissements du réseau. Ainsi, on affirme dans les notes

explicatives du projet de loi vouloir réorganiser les structures administratives des centres hospitaliers, centres de service social et centres d'accueil en fonction d'une telle ouverture : ces établissements « seront réorganisés suivant une formule qui consacrera la participation à leur gestion de la population, des corps intermédiaires, des professionnels et du personnel qui constituent leur clientèle, leurs moyens d'actions ex [sic] leur soutien. » (Bill 65, 1971, notes explicatives)

On précise de plus dans ce préambule qu'à cette participation décisionnelle de la population à la gestion des établissements doit s'ajouter une participation consultative : « [t]outes les institutions publiques devront au moins une fois par année tenir une séance publique d'information à laquelle la population du territoire sera invitée à participer. » (Bill 65, 1971, notes explicatives) À cet égard, le projet de loi précise que

> Le directeur général doit alors répondre aux questions qui lui sont adressées relativement aux états financiers de l'institution, aux services qu'elle fournit, aux relations qu'elle entretient avec les autres établissements et avec l'office dans la région duquel elle est située. (Bill 65, 1971, art. 90)

Ainsi, bien que la participation consultative de la population à l'ensemble des institutions publiques du réseau ne soit plus institutionnalisée dans l'obligation pour celles-ci de constituer des « conseils consultatifs externes », la responsabilité des établissements en matière de participation consultative est néanmoins inscrite dans le projet de loi. De plus, le projet de loi stipule qu'à ces assemblées annuelles d'information peuvent s'ajouter, à l'initiative des établissements, d'autres formes de consultation :

> Le conseil d'administration d'une institution publique peut constituer des groupements de personnes intéressées au développement et au bon fonctionnement de l'institution, inviter ces groupements à assister aux séances du conseil et à y faire part de leurs commentaires et suggestions. (Bill 65, 1971, art. 91)

C'est donc l'ensemble du réseau qui doit s'ouvrir à une certaine participation de la population. Cependant, c'est véritablement au niveau des CLSC que cette ouverture est la plus significative, et ceci devient évident lorsqu'on compare la composition des conseils d'administration prévue pour les ORAS et les autres établissements avec celle prévue pour les CLSC. Ainsi, on prévoit pour les ORAS un conseil d'administration composé de vingt membres, dont *aucune ni aucun n'est élu* ni même nommé par l'ORAS lui-même. Les membres du conseil d'administration des ORAS sont plutôt « nommés pour trois ans par le lieutenant-gouverneur en conseil après consultation, dans la région pour laquelle l'office est constitué » (Bill 65, 1971, art. 9). Sur ces vingt membres, on prévoit que quatorze d'entre eux et elles soient nommées après consultation des divers établissements et universités du territoire de l'ORAS (centres hospitaliers, CLSC, centres de services social, centres d'accueil), et six après consultation non plus de la population en général, mais plutôt « des groupes socio-économiques les plus représentatifs » au sein de ce même territoire (Bill 65, 1971, art. 9)

En ce qui concerne les centres hospitaliers, les centres de service social et les centres d'accueil, *aucune ni aucun des membres du conseil d'administration n'est élu par la population* : la moitié de leurs membres sont plutôt « nommés pour quatre ans par le lieutenant-gouverneur en conseil après consultation des groupes socio-économiques du territoire desservi par le centre ». En ce qui concerne les autres membres du conseil d'administration des centres hospitaliers et centres de service social, il est composé, sur une totalité de 14 membres, des personnes suivantes :

> b) deux personnes nommées pour deux ans par l'office de la région dans laquelle est situé le centre ; c) dans le cas d'un centre hospitalier, une personne nommée pour deux ans par le conseil des médecins et dentistes constitué dans le centre ; d) une personne élue pour deux ans par les professionnels exerçant dans le centre ; e) une personne élue pour deux ans par l'ensemble des membres du personnel du centre ; f) une personne, dans le cas d'un centre hospitalier et deux personnes, dans le cas d'un centre de service social, nommées pour deux ans conjointement par les conseils d'administration des centres locaux de services

> communautaires reliés au centre hospitalier ou au centre de service social par un contrat de services lorsqu'un tel contrat existe ; g) le directeur général du centre. (Bill 65, 1971, art. 50)

Tant au niveau des ORAS qu'au niveau des autres établissements du réseau, le projet de loi va donc moins loin dans la démocratisation que ce qui était recommandé par la CESBES. Fait étonnant, c'est l'inverse qui se produit en ce qui concerne les CLSC. En effet, l'ouverture timide à une certaine démocratisation des institutions du réseau socio-sanitaire contraste avec ce qui est prévu pour les CLSC en termes de participation. On précise d'emblée, dans le préambule du projet de loi, que « [l]a moitié des membres de ces institutions seront élus directement par la population qu'elles déservent [sic]. » (Bill 65, 1971, notes explicatives). De plus, il est à noter qu'*aucun membre du conseil d'administration des CLSC n'est nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil* (alors que ce sont respectivement *la totalité* et *la moitié* des membres des conseils d'administration des ORAS et des autres établissements du réseau qui sont nommés par lui ou elle). On prévoit donc la composition suivante pour les conseils d'administration des CLSC :

> Le conseil d'administration d'un centre local de services communautaires se compose des dix personnes suivantes [...] : a) cinq personnes élues pour quatre ans par la population du territoire desservi par le centre suivant les règles et la procédure établies à cette fin par règlement de l'office de la région dans laquelle le centre est situé ; b) une personne nommée pour deux ans par l'office de la région dans laquelle le centre est situé ; c) une personne nommée pour deux ans par les professionnels exerçant dans le centre ; d) une personne nommée conjointement par les conseils d'administration des centres hospitaliers auquel le centre communautaire est rattaché par un contrat de services lorsqu'un tel contrat existe ; e) une personne nommée conjointement par les conseils d'administration des centres de service social auquel le centre communautaire est rattaché par un contrat de services lorsqu'un tel contrat existe ; f) le directeur général du centre. (Bill 65, 1971, art. 49)

Soulignons que dans le cas où un CLSC n'est lié à aucun établissement par un contrat de services, les personnes élues par la population obtiennent de fait une majorité absolue. Bien sûr, et malgré cette majorité quasi-absolue, on est loin ici du modèle de

la CCPSC dans lequel la totalité (sauf un) des sièges au conseil d'administration est réservée aux citoyennes et aux citoyens élus par une assemblée générale décisionnelle. À cet égard, il est intéressant de souligner que Castonguay est conscient du caractère potentiellement litigieux de cet enjeu ainsi que des limites de l'ouverture à la participation proposée dans le projet de loi :

> Toutefois, il m'apparaît évident que le bill 65 va soulever des objections, des résistances. [...] Il est évident qu'un certain nombre de ceux qui vont exprimer des points de vue devant cette commission vont trouver que le projet de loi va trop loin dans une direction données, et d'autres vont trouver qu'il ne va pas suffisamment loin. [...] De façon plus particulière, au plan de la participation, je crois que nous avons fait un effort valable pour reconnaître concrètement sa nécessité à tous les niveaux possibles, mais également nous avons été obligés, concrètement, de tenir compte du fait qu'il ne s'agit pas d'une panacée et qu'il n'est pas possible de prévoir la solution de tous les problèmes par un degré plus grand de participation. (Québec, 1971, 24 août)

Castonguay évoque notamment, pour justifier les choix faits dans le projet de loi quant aux modalités de participation, les responsabilités importantes et la complexité des institutions socio-sanitaires, suggérant ainsi qu'une participation populaire trop grande contreviendrait à la nécessité d'une certaine expertise et d'un certain niveau de compétence essentiels à la gestion de telles institutions :

> Également, il nous a été extrêmement difficile, lors de la rédaction du projet de loi, d'introduire de façon bien concrète des mécanismes de participation qui seront à la fois valables et assez souples, tout en respectant le [sic] nécessité de fonctionnement des organismes chargés de la distribution des services, organismes qui, on ne peut l'oublier, sont complexes et sont chargés de responsabilités très précises et très grandes. (Québec, 1971, 24 août)

Cette crainte d'une expertise ou de compétences insuffisantes dans la gestion des établissements dans le cas d'une démocratisation trop importante du réseau est d'ailleurs réitérée dans l'idée, exprimée par Castonguay, selon laquelle l'ouverture à la participation doit être inversement proportionnelle au niveau de spécialisation et de responsabilité des établissements, ce qui explique en bonne partie l'ouverture plus

grande à la participation au niveau des CLSC et beaucoup plus timide au niveau des ORAS et des autres établissements du réseau :

> Toujours au plan de la participation, la nécessité d'introduire, malgré les difficultés que présente la recherche de formules adéquates de participation, aux divers niveaux des institutions responsables de la distribution des services cette participation, compte tenu du fait par contre qu'à mesure que les institutions sont spécialisés ou encore se situent à un niveau où s'introduisent des fonctions plus générales de planification, de contrôle, la nécessité d'introduire en contrepartie à ces niveaux une participation alors accrue des responsables de la distribution des soins. (Québec, 1971, 24 août)

Castonguay évoque également à ce sujet la responsabilité du MAS en matière de services de santé et de services sociaux, qui implique une capacité d'intervention efficace dans le réseau :

> compte tenu de la responsabilité du ministère des Affaires sociales d'assurer à la population les services de santé, les services sociaux dont elle a besoin, la nécessité d'un pouvoir d'intervention rapide et souple au niveau du ministère des Affaires sociales ou encore des offices régionaux des affaires sociales. (Québec, 1971, 24 août)

Ceci renvoie bien sûr à la question de l'autonomie des établissements, dont nous avons vu qu'elle est étroitement liée à celle de la participation. Et de fait, les limites à la participation prévue dans le projet de loi, si elles deviennent évidentes lorsqu'on compare le modèle des CLSC avec celui, radicalement démocratique, de la CCPSC, sont d'autant plus apparentes lorsqu'on tient compte du fait que la CCPSC (et donc son assemblée générale) jouit à l'époque d'une autonomie complète dans la gestion de son budget et dans la détermination de ses priorités, de ses objectifs et du type de services qu'elle développe, ce qui n'est bien sûr pas le cas des CLSC (ni d'ailleurs des autres établissements), qui relèvent des ORAS et, surtout, du ministère. Néanmoins, il faut souligner que le projet de loi est à cet égard moins explicite que le rapport de la

CESBES, et que ce manque de précision signifie, au moins par défaut, une certaine marge de manœuvre pour les CLSC (et pour les autres établissements)[433].

En effet, alors que le rapport de la CESBES était très clair sur les responsabilités respectives des divers paliers du régime de la santé quant à la définition des normes, objectifs, priorités et programmes, le projet de loi (qui, comme nous l'avons vu, porte davantage sur les « structures » du futur réseau que sur le « contenu » de la réforme) donne peu de détails à ce sujet. S'il est précisé que l'incorporation, la mise en tutelle et la dissolution des établissements de même que la nomination d'une partie importante des membres des conseils d'administration des institutions sont des prérogatives du lieutenant-gouverneur en conseil ; et si on sait que les budgets de chaque établissement ainsi que les projets de développement élaborés par les ORAS doivent être vérifier et approuvés directement par le ministre, les responsabilités dans la détermination des programmes et des types de service dispensés par chaque établissement reste floues.

Par contre, le projet de loi stipule clairement que les conseils d'administration des établissements (y compris des CLSC) jouissent d'une autonomie complète dans la nomination de leur directeur ou directrice générale (ce qui, rappelons-le, n'est pas le cas pour les ORAS, puisqu'en ce qui les concerne, la décision finale revient au lieutenant-gouverneur en conseil ; voir *supra*, section 6.1.1) : « Le directeur général d'une institution publique est nommé par le conseil d'administration et rémunéré suivant les normes et barêmes [sic] établis par le lieutenant-gouverneur en conseil. » (Bill 65, 1971, art. 71)

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, le projet de loi prévoit une intégration des établissements moins importante que ce que recommandait la Commission, et donc une autonomie beaucoup plus grande des CLCS vis-à-vis des centres hospitaliers (voir

[433] Nous verrons que, dans le cas des CLSC, ce « flou » permettra aux actrices et aux acteurs sur le terrain de s'approprier davantage le modèle, ce qui ne sera pas sans conséquences pour la suite des choses. Voir *infra*, chapitre 8.

supra, section 6.1.1). De fait, si le projet de loi prévoit la possibilité d'une représentation des centres hospitaliers sur le conseil d'administration des CLSC (et inversement, des CLSC sur le conseil d'administration des centres hospitaliers), les CLSC ne sont plus conçus comme le « prolongement » des centres hospitaliers, qui n'ont aucun pouvoir dans la détermination des priorités et des programmes des CLSC (sauf par le biais, optionnel, de contrats de services).

Ceci signifie également que le « conseil consultatif des professionnels » et le « conseil des médecins et dentistes » prévus par le projet de loi pour les centres hospitaliers n'ont pas non plus juridiction sur les CLSC, contrairement à ce que recommandait la CESBES à propos du conseil consultatif des professionnels de santé qu'elle imaginait pour les CCS et les CHU (voir *supra*, section 5.2.3). En cela, on peut considérer que c'est aussi au niveau des CLSC que les simples citoyennes et citoyens sont les plus susceptibles d'avoir un certain pouvoir par rapport aux médecins et autres professionnelles et professionnels, ce qui est d'ailleurs cohérent avec l'idée que ces établissements plus « simples » (ou moins « complexes ») peuvent sans trop de risque s'ouvrir à une participation populaire plus importante (et donc laisser une place plus limitée aux spécialistes du domaine socio-sanitaires, et notamment aux médecins). Ainsi, aucun conseil consultatif des professionnels ni aucun conseil des médecins et dentiste n'est prévu pour ces établissements. La présence d'une majorité potentiellement absolue de personnes élues par la population sur le conseil d'administration des CLSC va dans le même sens, d'autant plus que le projet de loi précise que ces personnes ne peuvent être des « professionnels exerçant leur profession à l'institution » (Bill 65, 1971, art. 53)[434].

Si cela rapproche le modèle des CLSC de celui de la CCPSC, il est clair, lorsqu'on analyse le projet de loi dans son ensemble, qu'on ne peut parler ici d'une volonté de

[434] La même condition s'applique aux personnes nommées suite à la consultation des « groupes socio-économiques représentatifs » en ce qui concerne les ORAS et les autres établissements du réseau, mais ces personnes ne sont pas élues par la population, mais nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil.

remise en question du pouvoir des médecins comparable au projet de démystification et de déprofessionnalisation de la médecine prôné par la Clinique. En fait, le projet de loi propose même certains reculs à cet égard par rapport aux recommandations de la CESBES. D'abord, le projet de loi ne précise pas que les conseils d'administration des institutions doivent être composés à majorité absolue de non professionnelles et de non professionnels, ce qui était pourtant recommandé dans le rapport de la Commission. Ensuite, le projet de loi prévoit, conformément aux recommandations de la CESBES, la création d'un conseil consultatif des professionnels dans les centres hospitaliers ainsi que dans les centres de service social ; cependant, il ajoute pour les centres hospitaliers la création d'un conseil des médecins et dentistes, qui n'a pas quant à lui une vocation strictement consultative.

Ainsi, à l'instar de ce que la CESBES propose, le conseil consultatif des professionnels prévu par le projet de loi est constitué de l'ensemble des professionnelles et des professionnels oeuvrant dans l'établissement, *y compris les médecins*, et il a pour l'essentiel un pouvoir de recommandation auprès du conseil d'administration de son établissement :

> Un conseil consultatif des professionnels est institué dans chaque centre hospitalier et centre de service social. Ce conseil est composé de tous les professionnels exerçant leur profession dans le centre. Il a pour fonction de faire des recommandations au conseil d'administration sur l'organisation scientifique et technique du centre. (Bill 65, 1971, art. 76)

De plus, il est consulté pour la nomination du directeur ou de la directrice des services professionnels (Bill 65, 1971, art. 77), et sa présidente ou son président est nécessairement membre du comité administratif de l'établissement, c'est-à-dire du comité restreint chargé de l'administration courante et composé de cinq membres. Toutefois, contrairement au conseil d'administration, il est précisé que ce comité doit être composé à majorité absolue de non-professionnelles et de non-professionnels :

> Dans le cas d'un centre hospitalier ou d'un centre de service social, le président du conseil des professionnels est aussi membre du comité administratif *ex officio*. Au moins un et pas plus de deux professionnels exerçant dans l'institution doivent faire partie du comité administratif. (Bill 65, 1971, art. 63)

En ce qui concerne le conseil des médecins et dentistes, « institué dans chaque centre hospitalier » et « composé de tous les médecins et dentistes exerçant leur profession dans le centre » (Bill 65, 1971, art. 79), son rôle concerne avant tout la surveillance des actes médicaux :

> Le conseil des médecins et dentistes est responsable vis-à-vis le directeur des services professionnels, conformément aux règlements : a) de la mise en place et du fonctionnement des mécanismes requis pour assurer le contrôle des actes professionnels posés dans l'institution ; b) de l'appréciation des actes professionnels médicaux et dentaires posés dans l'institution ; Le conseil des médecins et dentistes fait rapport au conseil d'administration, conformément aux règlements. (Bill 65, 1971, art. 81)

Autrement dit, on préserve ainsi le principe de l'autorégulation de la profession médicale, dont les actes professionnels sont ici soustraits à tout contrôle extérieur à la profession, et notamment au contrôle du conseil d'administration et, indirectement, à un contrôle « démocratique » via la participation de la population à la gestion des établissements. Ceci est d'ailleurs clairement réitéré par Claude Castonguay dans son allocution visant à présenter le projet de loi en commission parlementaire :

> [La poursuite des grands objectifs de la réforme] suppose également, pour des raisons qui ont été longuement discutées et qui le seront sans doute lors de l'étude des lois sur les corporations professionnelles, le maintien du contrôle de l'acte professionnel par les professionnels eux-mêmes. Ici, les exigences du respect de cet objectif seront plus clairement définies selon qu'il s'agit d'actes professionnels relevant de professions qui doivent être fermées, de par la nature des actes qu'ils posent, ou, en d'autres termes, que ces actes ne peuvent être posés que par les membres de cette corporation. (Québec, 1971, 24 août)

Dans ce contexte, il est surprenant que des dispositions précises n'aient pas été prévues à cet égard pour les CLSC. Considérant la suite des événements, on peut penser que

cela s'explique davantage par la volonté de faire des CLSC des institutions légères et souples plutôt que par une volonté de remettre en question, au profit d'un pouvoir citoyen plus grand, l'autonomie professionnelle des médecins pratiquant dans ces établissements. Quoiqu'il en soit, nous verrons que les médecins s'inquiéteront grandement de cet « oubli », qui contribuera fortement à alimenter leur résistance au modèle. Toutefois, parce que les prises de position des médecins sont bien connues dans la littérature sur les CLSC, c'est principalement sur les réactions au projet de loi des classes capitaliste et laborieuse que s'attarde la prochaine section.

6.2 Positions de classe sur le projet de loi 65 (débats en Commission parlementaire et autres)

À partir des représentations faites par le mouvement syndical et par certains organismes plus proches du mouvement populaire (dont les cliniques populaires) devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65, nous présentons d'abord ici les positions exprimées à ce sujet par la classe des travailleuses et des travailleurs (section 6.2.1). Nous pourrons constater à cette occasion une certaine radicalisation des positions syndicales, qui se rapprochent ainsi de celles du mouvement populaire, notamment en ce qui concerne la démocratisation du réseau et la place du secteur privé dans la distribution des services socio-sanitaires.

La section suivante (6.2.2), qui vise à présenter les positions exprimées par la classe capitaliste sur le projet de loi 65, s'ouvrira quant à elle sur un constat qu'il s'agira d'analyser : à l'exception de l'Association des directeurs et des établissements privés de santé et de bien-être (ADEP), aucun organisme représentant le milieu des affaires n'a déposé de mémoire ni fait de représentation officielle auprès de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi. Nous verrons néanmoins que les prises de position de l'ADEP ainsi que certains autres documents produits par la Chambre de

commerce de la province de Québec (CCPQ) nous donnent quelques indications – peu nombreuses mais révélatrices – du point de vue de la classe capitaliste sur la réforme projetée.

6.2.1 Position de la classe des travailleuses et des travailleurs

Ce qui ressort surtout des représentations faites par les groupes issus des milieux syndicaux et populaires auprès de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65, c'est le rapprochement considérable que l'on constate entre les positions syndicales et celles défendues par le mouvement populaire. Nous verrons que sur plusieurs enjeux importants le mouvement syndical rejoint ici en bonne partie les positions défendues par les groupes populaires. De manière générale, on peut dire que les divers groupes issus de la classe des travailleuses et des travailleurs partagent une certaine méfiance à l'égard du projet de loi 65. Et si cette méfiance amène certains groupes populaires à un rejet pur et simple du projet de loi dans son ensemble, certains autres tendent plutôt, à l'instar du mouvement syndical, vers une adhésion critique à son égard.

6.2.1.1 Entre rejet total et adhésion critique au projet de loi

Dans le mémoire conjoint qu'elles soumettent à la commission, la CEQ, la CSN et la FTQ affirment dès l'introduction leur attachement aux grands objectifs du MAS énoncés par Castonguay au moment de la présentation du projet de loi :

> De la même façon que l'indiquait lui-même le ministre des Affaires sociales devant cette commission, le 24 août 1971, les centrales syndicales croient que les grands objectifs sociaux du ministère des Affaires sociales doivent être

> '*l'amélioration de l'état de santé de la population, l'amélioration des conditions sociales des individus, des familles, et des groupes, ainsi que l'état du milieu où s'inscrivent leurs activités.*' (Centrale de l'enseignement du Québec *et al.*, 1971, p. 1)[435]

Toutefois, malgré leur pleine adhésion aux objectifs principaux de la réforme – elles réfèrent également aux objectifs formulés par la CESBES – il est très clair que les centrales syndicales doutent de la capacité du projet de loi 65 à favoriser leur réalisation :

> Or, aux fins de respecter cet objectif fondamental le ministre indiquait, le 24 août 1971 : 'Le projet met donc l'accent en premier lieu sur la décentralisation des services, la participation des citoyens à leur gestion et la clarification des responsabilités du gouvernement, du ministre des Affaires sociales et des institutions.' Nous sommes évidemment d'accord avec l'énoncé de ces objectifs. Ce mémoire tentera donc d'examiner si les dispositions du projet de loi 65 sont conformes aux objectifs fondamentaux énoncés par le ministre des Affaires sociales lui-même et dans quelle mesure les objectifs sont compromis par certaines dispositions notamment par l'absence de contrôle des actes professionnels par l'Etat, et par le maintien des institutions à but lucratif. (Centrale de l'enseignement du Québec *et al.*, 1971, p. 2)

Une attitude très semblable caractérise le mémoire soumis par le Comité de citoyens pour l'hôpital Saint-Henri :

> Nous devons vous féliciter pour cette entreprise qui comprend des heures, des jours et des années de dur labeur qui aura pour effet de mieux desservir la population, et lui donner des services meilleurs, auxquels elle a droit. Cependant, nous doutons de la réussite de cette réorganisation si vous ne faites pas des amendements au bill 65 tel que proposé. Nous sommes contre l'institution privée (avec but lucratif) – elle n'a aucun rôle à jouer dans la distribution des services. Il ne faut plus se servir de la santé du public pour faire de l'argent. (Québec, 1971, 10 novembre, Annexe B)

De même, malgré une perspective assez critique sur le projet de loi, le Comité des assistés sociaux du Québec (qui n'a pas déposé de mémoire, faute de « moyens

---

[435] Souligné dans le texte.

techniques à sa disposition », mais qui est entendu par la commission) appuie vigoureusement la création d'un réseau de CLSC, soulignant qu'il s'agit là d'une revendication populaire de longue date :

> Depuis plusieurs années, notre comité, de concert avec d'autres comités de citoyens, a réclamé et réclame dans le délai le plus bref ces centres communautaires de santé et de services sociaux. [...] Nous croyons, nous du Comité des assistés sociaux, qu'il est plus que temps que ces centres communautaires de santé et de services sociaux soient institués dans le Québec. Si nous retardons le projet de loi actuel de dix ans encore, eh bien, mon Dieu, je me demande si ça ne sera pas la déchéance de la population québécoise. (Québec, 1971, 24 août)

D'autres groupes populaires, plutôt que de plaider pour des améliorations au projet de loi, le rejettent complètement, allant jusqu'à dénoncer le processus de consultation en commission parlementaire lui-même. C'est le cas notamment du Groupe de salariés du Québec, qui affirme d'emblée se situer en opposition totale avec le projet de loi et qui rejette du même souffle le décorum de l'institution parlementaire :

> On peut faire remarquer avant de commencer, que ce matin, M. Castonguay notait que tous les mémoires n'allaient pas en contradiction sur le fond mais seulement au niveau de la forme et des modalités sans parler de la linguistique. Il faudrait noter que le présent mémoire s'attaque au fond. On veut vous dire tout de suite, comme on n'a pas de temps à perdre, on ne vient pas ici pour jouer votre jeu de politesse. On vient ici pour vous dire que le bill 65 ne passera pas ! (Québec, 1971, 10 novembre)

On craint, comme plusieurs autres groupes communautaires, que le projet de loi 65 soit une tentative de récupération par l'État des initiatives citoyennes : « Votre bill 65, [...] contre la vie, la participation que nous réinventons c'est un 'gadget', une bébelle, votre instrument à vous étiquetés libéraux, unionistes, péquistes, créditistes ou fonctionnaires gauchistes, qui pourrait vous servir à 'Nous Récupérer'. » (Le Groupe de salariés du Québec, 10 novembre) Néanmoins, il est intéressant de souligner que malgré son rejet virulent du projet de loi et du processus de consultation – « Dialoguer, c'est se faire fourrer » – le groupe manifeste un certain intérêt pour le modèle des CLSC,

revendiquant toutefois un modèle totalement autonome, y compris financièrement, à l'égard de l'État :

> Ce qu'on veut, en fait, c'est bien simple : Redonnez-nous les piastres que vous nous volez par les impôts. Des CLSC, on va s'en charger avec sérieux mais avec notre monde. Cela ne s'appellera même pas CLSC, on a plus d'esprit d'invention que ça. Les restes de votre système – ORAS, CSS, CH – on y verra en temps et lieu, à notre façon, si ça en vaut vraiment la peine. (Québec, 1971, 10 novembre)

De manière semblable, plusieurs groupes populaires de Québec, associés pour l'occasion dans Les groupements populaires de Québec, dénoncent également le processus de consultation, considéré comme un exemple de fausse participation : « D'ailleurs, le meilleur exemple de cette fausse participation camouflée commence ici à cette commission parlementaire. Nous ne croyons pas à ce mécanisme et, si nous sommes ici, c'est pour vous le dire. » (Québec, 1971, 25 novembre) Ce regroupement rejette aussi complètement le projet de loi 65 :

> Ce bill 65, nous n'en voulons pas. Pour terminer, nous voudrions vous dire que nous voulons un autre bill 65. M. Castonguay aura beau parcourir toute la province pour dire que cette réforme n'est qu'administrative, nous rejetons la philosophie que sous-entend ce projet de loi et qui affirme que les citoyens sont des irresponsables de naissance, impropres à évoluer même si on leur en fournissait les moyens. (Québec, 1971, 25 novembre)

Enfin, la délégation de la CCPSC s'oppose également au projet de loi 65, y voyant un éteignoir aux initiatives de participation citoyenne comme celle de la Clinique :

> Face au bill 65, voici ce que nous revendiquons. De notre part, c'est une matraque à la participation des citoyens. Nos gouvernements ont souvent parlé de l'irresponsabilité des citoyens. Ils ont souvent dit que les citoyens étaient incapables et ne voulaient pas s'occuper de leur affaire. Là d'où je viens, à Pointe Saint-Charles, nous nous occupons de notre affaire et nous en avons des preuves. La plus belle preuve de notre participation, c'est le bill 65. Nous nous occupons tellement bien de nos affaires que le gouvernement nous fait une loi antiparticipation. (Québec, 1971, 5 octobre)

Malgré ces divergences dans le ton et dans le degré de méfiance à l'égard du projet de loi (ainsi que, devrions nous ajouter, à l'égard de l'État lui-même et de ses institutions), la plupart des groupes, y compris les grandes centrales syndicales, s'entendent pour considérer que le projet de loi ne va pas assez loin sous plusieurs aspects importants. Nous verrons d'abord que plusieurs des groupes issus de la classe des travailleuses et des travailleurs refusent la place faite par le projet de loi au secteur privé dans le futur réseau de la santé et des services sociaux, et que la plupart d'entre eux considèrent aussi que le projet de loi est insuffisant pour s'attaquer aux causes profondes (sociales) de la maladie et aux inégalités sociales et sanitaires (section 6.2.1.2). Nous verrons ensuite que l'ensemble de ces groupes juge également fortement insuffisante l'ouverture à la participation prévue dans le projet de loi (section 6.2.1.3). Nous verrons par la même occasion que plusieurs d'entre eux portent un regard très critique sur les dispositions du projet de loi qui concernent les mécanismes de décentralisation, le degré d'autonomie des établissements et le niveau de pouvoir consenti aux professionnelles et aux professionnels (et particulièrement aux médecins) relativement au niveau de participation populaire.

6.2.1.2 Un rejet du secteur privé et une action jugée insuffisante sur les causes sociales de la maladie

Nous avons vu qu'une des premières réserves évoquées par les centrales syndicales et par le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri pour justifier leur méfiance vis-à-vis du projet de loi est l'ouverture faite par celui-ci à l'égard des institutions privées. Autrement dit, on reproche au projet de loi de ne pas aller assez loin dans la « nationalisation » du réseau de services de santé et de services sociaux. Dans des termes très proches de ceux du Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri, la CCPSC dénonce elle aussi cette ouverture faite au secteur privé par le projet de loi :

> Maintenant, j'entendais parler du secteur privé. Le secteur privé, je ne vois pas ce que cela vient faire dans la santé et le bien-être. C'est quelque chose pour faire de l'argent. Peut-être que je me trompe. Mais je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas s'organiser pour que cela soit fait sans que personne soit intéressé à faire de l'argent. (Québec, 1971, 5 octobre)

Si ces prises de position ne sont pas surprenantes, il faut souligner que la fermeté des syndicats à ce sujet contraste avec la timidité de leurs revendications sur cet enjeu durant les années 1960 : rappelons que malgré leurs prises de position en faveur d'une intervention large de l'État dans le domaine socio-sanitaire, et bien qu'elles sont parmi les premières à réclamer le développement d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires, les grandes centrales syndicales n'oseront pas, au cours de cette période, attaquer de front la place du secteur privé. De toute évidence, le mouvement syndical a radicalisé ses positions sur la question et ce, au moins depuis 1970 :

> Il convient de rappeler une déclaration conjointe de Marcel Pepin, président de la CSN et de Norbert Rodrigue, président de la Fédération nationale des services, le 25 mai 1970 : 'Il faut de toute urgence que le gouvernement fasse disparaître ce système anachronique que [sic] consiste à subventionner un individu ou une corporation à but lucratif à même les deniers publics pour qu'ils exploitent, dans des établissements privés de santé, un commerce composé d'enfants de vieillards et de malades obligés de s'y réfugier.' (Québec, 1971, 10 novembre)

Parmi les groupes issus de la classe des travailleurs et travailleuses, les syndicats sont d'ailleurs les seuls à développer leur point de vue sur cet enjeu, en insistant d'abord sur le lien entre le droit à la santé et la nécessité pour l'État de prendre complètement en charge le secteur de la santé et des services sociaux (ce que certains groupes populaires, beaucoup plus méfiants envers l'État, pourraient d'ailleurs refuser d'envisager) :

> Affirmer que chaque citoyen a un droit égal à la santé et au bien-être implique également que c'est à l'ensemble de la société qu'il revient d'incarner ce postulat dans la réalité. C'est donc l'État qui doit assurer ce droit égal aux citoyens et cette

> responsabilité ne peut s'exercer pleinement sans la *prise en charge totale par l'État du régime de la santé et du bien-être*. (CEQ *et al.*, 1971, p. 2)[436]

Les grandes centrales syndicales s'appuient également sur le rapport de la CESBES pour plaider en faveur d'un rôle accru de l'État dans le domaine socio-sanitaire. Suite à une référence à la conception globale de la santé mise de l'avant par la Commission, on affirme ainsi que « [l]'État doit planifier la distribution des soins et services de façon à assurer à tous les citoyens une même accessibilité, ce qui implique que l'État doit contrôler les ressources financières, matérielles et humaines davantage qu'il ne le fait aujourd'hui. » (CEQ *et al.*, 1971, p. 2) De même, on cite longuement à l'appui le rapport de la CESBES, qui, comme nous l'avons vu, a pris assez durement position contre les institutions à but lucratif et qui recommandait de cesser toutes subventions publiques à ce type d'établissement. Or :

> La lecture des articles 85 et 136 du projet de loi 65 nous montre jusqu'à quel point le gouvernement n'a pas voulu suivre les recommandations de sa propre commission d'enquête. [...] nous ne comprenons [...] pas que les constations et les arguments apportés alors ne sont plus valables aujourd'hui ; ou serait-ce que des intérêts privés ont eu raison des intérêts des citoyens et de la population ? (CEQ *et al.*, 1971, p. 14-15)

Outre son ouverture à une certaine place pour les institutions privées au sein du futur réseau de la santé et des services sociaux, on dénonce également le fait que le projet de loi ne permet pas ou est insuffisant pour s'attaquer aux causes profondes de la maladie, et notamment à ses causes sociales. Il s'agit d'ailleurs là d'un des points de départ du mémoire des centrales syndicales, qui soulignent que l'accès aux soins de santé et la réforme de structures proposée par le projet de loi ne sont pas suffisants pour atteindre « un droit égal à la santé » :

> une préoccupation constante des centrales en ce qui a trait à la santé [est que] la santé physique et mentale des citoyens ne soit pas déterminée par leur condition financière et leur statut socio-économique. Nous sommes conscients cependant

[436] Souligné dans le texte.

> que la seule accessibilité des soins ne saurait suffire à donner à tous les mêmes avantages ; les enquêtes citées par le rapport Castonguay-Nepveu démontrent clairement que l'indice de morbidité est plus élevé en milieu défavorisé, et il s'ensuit que des changements structurels à l'exemple de ceux qui sont proposés par le projet de loi 65 ne constituent qu'un des éléments de solution. (CEQ *et al.*, 1971, p. 1)

Il s'agit également du point de départ de l'intervention du Comité des assistés sociaux, qui affirme d'emblée que « la société manufacture actuellement des sous-alimentés, des mendiants, des rachitiques, des anémiques et des débiles mentaux. » (Québec, 1971, 24 août) C'est dans ce contexte qu'on voit le développement d'un réseau de CLSC comme une priorité, même si on considère également qu'une telle mesure est insuffisante pour résoudre les problèmes socio-sanitaires à la source :

> Je termine, M. le Président, dans l'espérance que le bill 65 ne sera pas mis en application dans dix ans mais sera mis en application le plus tôt possible pour le bien-être de la population québécoise. Quoique ces centres communautaires de santé et de services sociaux ne résolvent pas le problème de la pauvreté, ne résolvent pas non plus le problème de la sous-alimentation. (Québec, 1971, 24 août)

Dans cette optique, le Comité des assistés sociaux plaide pour que le futur réseau des CLSC offre une gamme très élargie de services de santé et de services sociaux, et notamment des services qui permettront d'agir sur les causes sociales de la maladie. Ainsi, en plus des services de santé courants (incluant la dentisterie et l'optométrie) et des services psychosociaux courants, on recommande que les CLSC offrent des services d'aide juridique, d'aide au logement[437], de gardiennage d'enfants et qu'ils contribuent à développer des centres préscolaires, des coopératives de consommation et des coopératives agricoles et industrielles.

---

[437] « Notre principe étant que la santé est un bien indivisible et que le fait de renvoyer une famille dans une maison trop froide et infestée de rats n'est pas une bonne pratique sanitaire, que des apôtres de la santé au centre même se chargent de promouvoir, d'assurer et de protéger la santé des familles en général. » (Québec, 1971, 24 août)

Dans une perspective semblable à celle du mouvement syndical, mais sur un ton toutefois beaucoup plus incisif, la CCPSC insiste sur l'idée que les inégalités en matière de santé sont étroitement liés aux inégalités sociales, et que le droit égal à la santé passe par une plus grande justice sociale. En cela, le projet de loi est pour la Clinique tout à fait insuffisant :

> pour avoir la justice dans les soins médicaux, si on veut uniformiser cela et prendre des techniciens pour le faire, il va falloir uniformiser ce qu'il y a sur les tables à tous les jours, sur toutes les tables de la province de Québec ! Il y a des places où il y a des sous-alimentés et d'autres places où il y en a qui mangent trop ! On ne peut pas uniformiser ces soins. (Québec, 1971, 5 octobre).

Fait intéressant, la CCPSC fait également un lien entre les causes sociales de la maladie – présentées ici dans des termes très proche de ceux du Comité pour les assistés sociaux – et le pouvoir démesuré des médecins :

> Maintenant, il y a une chose : on se met à genoux devant les professionnels, surtout les médecins. Pourquoi se met-on à genoux devant eux ? On va se mettre à genoux longtemps. On leur manufacture des gens qui sont sous-alimentés par centaines. Le seul moyen de sortir de notre marasme, de dire qu'on aura moins besoin d'eux et de les faire travailler moins fort, c'est de faire moins de sous-alimentés. (Québec, 1971, 5 octobre)

De même, elle met en évidence le contraste entre le statut privilégié des médecins et leur incapacité à répondre aux besoins sanitaires de la population, ceux-ci étant sous-tendus par des problèmes sociaux auxquels participent les privilèges des médecins eux-mêmes :

> On a peut-être réussi – on n'a pas fait un succès avec ça cependant à démystifier la profession médicale. Cela fait 200 ans qu'ils ont tout ce qu'il faut dans les mains pour nous faire quelque chose qui a du bon sens ! Qu'est-ce qu'ils ont fait ? Pas grand-chose ! Comme citoyens, il commence à être temps qu'on demande aux professionnels d'arrêter de se plaindre pour un sixième chalet ! Ce n'est pas un sixième chalet qu'on veut avoir, nous ; c'est un deuxième repas et le droit de pouvoir dire ce qu'on ressent ! Je crois que c'est drôlement important. (Québec, 1971, 5 octobre)

La CCPSC dénonce donc l'incapacité du système sanitaire à répondre aux besoins réels de la population, et particulièrement des populations défavorisées, parce qu'il ne s'attaque pas aux causes sociales de la maladie : « Les gens ne veulent pas aller dans des grosses patentes et attendre de grandes journées pour se faire donner une ordonnance pour des pilules quand ils n'ont pas d'argent pour les acheter, ou se faire dire : Mange du steak, quand ils n'ont pas d'argent pour manger du steak. » (Québec, 1971, 5 octobre) Dans cette optique, elle préconise elle aussi – ou plutôt : elle met en pratique – le développement de services qui favorisent l'action sur les causes sociales de la maladie. Elle oppose ainsi le travail des travailleuses communautaires formées à la Clinique à celui des travailleuses et des travailleurs sociaux traditionnels, sur lesquels elle porte aussi un regard sévère :

> On a les travailleurs sociaux traditionnels qui sont avec nous depuis 100, 150 ans et qui n'ont pas réussi à faire grand-chose. Nous, les citoyens, nous avons pensé : On ne peut pas faire pire qu'eux ; on va essayer nous-mêmes, de le faire. On a pris des dames qui avaient élevé une famille ou dont les enfants étaient assez grands, on leur a donné un genre de formation et on leur fait faire le lien entre le patient et la profession médicale. Ces gens s'occupent non seulement de soigner le corps, ils s'occupent aussi de voir aux problèmes sociaux, s'ils peuvent les soulager de toutes sortes de manières. C'est ce qu'est une travailleuse communautaire. (Québec, 1971, 5 octobre)

De même, si les Groupements populaires de Québec rejettent le projet de loi, c'est aussi parce qu'il est considéré comme inapte à s'attaquer aux causes profondes des problèmes socio-sanitaires :

> Nous sommes d'accord sur le fait qu'il y a de la place pour le changement dans le domaine des affaires sociales et de la santé. Ce que nous tenons à souligner, c'est qu'une vraie et courageuse réforme dans ce domaine s'attaquerait aux problèmes de fond, s'attaquerait au fond du problème, partirait de la base de nos besoins et de nos priorités. (Québec, 1971, 25 novembre)

On constate que l'enjeu de l'action sur les causes sociales de la maladie est ici clairement relié à celui de la participation et du pouvoir citoyen. Et c'est d'ailleurs

autour de cet enjeu – celui de la démocratisation du réseau de la santé et des services sociaux – que se cristallisent les critiques les plus virulentes à l'égard du projet de loi, tant du côté des groupes populaires que du côté des centrales syndicales. C'est à cette question – qui, comme nous le verrons ici aussi, est étroitement liée à celles de la décentralisation, de l'autonomie des établissements et du pouvoir professionnel – qu'est consacrée la prochaine section.

6.2.1.3 Participation populaire, décentralisation et pouvoir professionnel : pour une véritable démocratisation du réseau

Se rejoignant fortement sur cet enjeu, l'ensemble des groupes issus de la classe des travailleuses et des travailleurs jugent l'ouverture à la participation prévue par le projet de loi beaucoup trop étroite, certains allant même, comme on a pu l'entrevoir précédemment, jusqu'à considérer le projet de loi comme une loi « antiparticipation » et comme une manière de « récupérer » ou d'étouffer les nombreuses initiatives citoyennes et populaires de l'époque dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Plusieurs groupes expriment ainsi une forte méfiance à l'égard du type de participation prévu dans le projet de loi. C'est le cas du Comité des assistés sociaux, qui s'inquiète notamment de la place importante accordée aux personnes issues des « groupes socio-économiques » sur les conseils d'administration des institutions du réseau :

> Il y a une chose qui me fait peur dans le bill 65, c'est la participation. Quand j'entendais M. le ministre, ce matin, dire qu'il désirait la participation de la population à ces centres communautaires, je me demandais de quelle population il voulait parler. [...] je me demande ce que l'on entend par des groupes socio-économiques. Est-ce que ce sont les chambres de commerce ? Est-ce que ce sont les professionnels ou les organisations de professionnels ou encore les comités de citoyens ? (Québec, 1971, 24 août)

On craint que le type de participation prévu dans le projet de loi ne conduise à la disparition des comités de citoyennes et de citoyens qui sont pourtant à l'origine des premières cliniques populaires et cliniques juridiques, considérées par le Comité comme les précurseurs des CLSC :

> Nous croyons que le bill 65 est un peu ambigu sur la question de la participation et nous nous demandons, non seulement le Comité des assistés sociaux du Québec, mais plusieurs autres comités de citoyens de la province, si les hauts fonctionnaires du ministère des Affaires sociales ne veulent pas les étouffer ou s'ils ne veulent pas leur disparition complète. (Québec, 1971, 24 août)

Le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri dénonce lui aussi la place faite aux représentantes et représentants des « groupes socio-économiques » sur les différentes instances du réseau :

> Le bill 65 est en contradiction flagrante avec vos déclarations antérieures. Vous avez toujours prôné la participation du citoyen. Vous avez visité plusieurs villes du Québec, vous avez rencontré plusieurs comités de citoyens, vous avez étudié plusieurs mémoires dont un de notre comité et, aujourd'hui, en lisant le bill 65, nous constatons que le pouvoir sera encore entièrement entre les mains de prétendus groupes socio-économiques. (Québec, 1971, 10 novembre, Annexe B)

Citant à l'appui la liste des membres (non-élus) du conseil d'administration du complexe communautaire de santé de Saint-Henri – composé en totalité d'hommes issus des milieux d'affaires et professionnels –, une représentante du Comité soutient en commission parlementaire que cet exemple illustre clairement « ce que le ministère entend par groupes socio-économiques ». Sans aller jusqu'à parler de récupération des initiatives citoyennes, l'insatisfaction à l'égard des modalités de participation prévue par le projet de loi est telle que le Comité va jusqu'à considérer que les « structures dictatoriales du bill 65 » n'apporteront rien de nouveau aux groupes populaires (Québec, 1971, 24 août).

Les Groupements populaires de Québec portent un jugement au moins aussi sévère sur le type de participation proposé par le projet de loi, qu'on considère comme une forme

de participation sans pouvoir réel : « Rien, rien dans ce projet de loi ne parle de fournir aux citoyens ordinaires les moyens de s'organiser. On nous propose de siéger bénévolement dans des organismes, dans l'organisme de l'autre sans nous y accorder de pouvoir réel. » (Québec, 1971, 25 novembre) Sans mentionner la place accordée aux « groupes socio-économiques », on prévoit qu'avec le projet de loi, « des intellectuels et des professionnels vont prendre la place des gens du milieu. » (Québec, 1971, 25 novembre) De plus, on souligne avec ironie que la participation est un droit citoyen, alors qu'elle apparaît plutôt dans le projet de loi comme un privilège accordé par le gouvernement :

> Actuellement les "bons du gouvernement" ou ce bill 65 veulent créer des mécanismes où ils permettent la participation. On se demande beaucoup de quel droit ils le font ou plutôt le permettent-ils ? Nous ne sommes pas intéressés à recevoir certains permis de participation à l'organisation des services de santé et des services sociaux. Nous désirons participer à l'organisation au titre de citoyens. La participation dans ce bill 65, il n'y en a pas, ou elle est très bien camouflée. (Québec, 1971, 25 novembre)

Les Groupements populaires de Québec considèrent également qu'une participation sans réel pouvoir comme celle proposée dans le projet de loi aura pour effet de décourager la participation, ce qui justifiera par la suite de la remettre en question :

> On vous voit venir, vous nous proposez un semblant de participation dans la structure que vous avez imaginée, puis dans deux ou trois ans vous direz : On vous a offert la participation, mais les gens ne sont pas intéressés. Dans une telle structure la population restera sûrement passive et endormie. Vous le prévoyez, nous en sommes sûrs. On vous le dit tout de suite, votre structure n'a pas pour but l'autogestion. Vous préférez garder dans la dépendance sociale la majorité de nos concitoyens. Vous préférez par votre structure que la population ne pense pas trop, ne bouge pas trop. (Québec, 1971, 25 novembre)

À l'instar des autres groupes populaires, la CCPSC dénonce une fausse participation sans pouvoirs réels pour la population ; en cela, elle craint elle aussi que le projet de loi 65 décourage la participation et conduise à une diminution du pouvoir des simples

citoyennes et citoyens dans les divers secteurs où les groupes populaires sont impliqués plutôt qu'à un élargissement de la participation :

> Nous savons qu'il n'y a aucune participation possible quand on n'a pas part aux décisions. A quoi bon élaborer des plans si, dans les faits, ce sont les fonctionnaires placés directement par le gouvernement qui prennent les décisions ? Le bill 65 enlève aux citoyens tout le contrôle de leurs services de santé et des services sociaux. Pour l'instant, cette loi touche les services de santé et les services sociaux, mais, connaissant l'esprit qui anime quelques-uns de nos dirigeants, je crois qu'elle peut menacer de déloger les citoyens des services et s'étendre à beaucoup d'autres secteurs. (Québec, 1971, 5 octobre)

Sans aller aussi loin, les centrales syndicales manifestent tout comme le mouvement populaire une très forte méfiance à l'égard des initiatives gouvernementales en matière de participation. Cette méfiance – de même que la nécessité de mettre en place des structures de participation impliquant un pouvoir populaire réel – est clairement exprimée en commission parlementaire par le secrétaire général de la FTQ, Fernand Daoust, venu présenter le mémoire des centrales avec ses collègues de la CEQ et de la CSN :

> Je pense que c'est une notion de la démocratie qui est en jeu à ce moment-ci et qui sous-tend le mémoire des trois centrales syndicales. C'est toute la notion de la participation, qui de plus en plus, on l'admet dans différents milieux tout au moins, est devenue un leurre sinon une espèce de tricherie. Je pense qu'il ne faut pas se payer de mots si l'on veut que les gens prennent leurs responsabilités. Il faut les associer véritablement et non pas exclusivement à des organismes qui sont plus ou moins à mots peut-être pas tellement avoués des organismes à peu près uniquement de consultation. (Québec, 1971, 10 novembre)

Dans une perspective semblable à celle des Groupements populaires de Québec, les centrales syndicales craignent également qu'une démocratisation insuffisante décourage la participation populaire. À cet égard, Yvon Charbonneau, président de la CEQ, affirme en commission parlementaire qu'il faudrait éviter de reproduire les erreurs commises dans le domaine de l'éducation :

> Dans le secteur scolaire, [...] je crois qu'on a assisté, après beaucoup de bonnes intentions et beaucoup de grandes opérations de participation, à un certain dégonflement de ces espoirs premiers des années 1965, 1966, etc. [...] je constate qu'à l'occasion du bill 65, il y a aussi beaucoup de participation de la par [sic] des groupes sociaux. Notre désir serait que, quant à y être cette fois-ci, dans le domaine de la santé et des affaires sociales, le gouvernement procède de façon ferme, de façon rapide, de sorte que ces énergies, ces désirs de participation exprimés par les groupes sociaux ne soient pas décus [sic], ne soient pas ralentis, ne soient pas en quelque sorte absorbés par une technocratie qui se met en place par la suite. (Québec, 1971, 10 novembre)

Cette insatisfaction généralisée à l'égard de l'absence de participation réelle se cristallise pour plusieurs au niveau des ORAS. Rejoignant les craintes exprimés par certains groupes populaires à l'égard de la place des « groupes socio-économiques » dans les conseils d'administration des institutions du réseau, la CCPSC considère que les pouvoirs accordés aux ORAS posent problème dans la mesure où leurs dirigeantes et leurs dirigeants risquent d'être davantage représentatifs des milieux privilégiés que des milieux populaires puisqu'ils et elles ne sont pas élues par les citoyennes et les citoyens organisés dans les groupes populaires mais plutôt nommées par le gouvernement :

> Par ce projet de loi, le contrôle ultime des services de santé tomberait entre les mains des directeurs de l'Office régional des services sociaux et ces directeurs seraient tous nommés par le cabinet. Aucun de ces directeurs ne sera nommé par les groupements de citoyens. Si le gouvernement prend la peine de nommer lui-même ces directeurs, c'est-à-dire de parachuter des bonshommes par-dessus nos têtes, il n'y a plus de doute que ces directeurs seront tous des gens du monde des affaires ou des professionnels, n'ayant aucune connaissance du milieu et des besoins. (Québec, 1971, 5 octobre)

Reconnaissant pour sa part les progrès en matière de participation que représente la structure de pouvoir prévue pour les CLSC, le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri porte lui aussi un jugement sévère sur les ORAS, préférant leur abolition dans le cas où les citoyennes et les citoyens n'y seraient pas majoritaires :

> Tout de même, M. le ministre, nous constatons une petite amélioration dans la participation dans le CLSC mais pour nous, ce n'est pas suffisant. Si les citoyens n'étaient pas majoritaires au niveau de l'ORAS il vaudrait mieux substituer cet organisme administratif et bureaucratique qui ne fera qu'accroître les charges sans efficacité valable. (Québec, 1971, 10 novembre)

Quant aux centrales syndicales, elles critiquent également vigoureusement le pouvoir du gouvernement dans la nomination des membres de l'ORAS, au point où celui-ci n'apparaît finalement à leurs yeux que comme un prolongement administratif du ministère des Affaires sociales :

> L'article 9 nous indique clairement que tous les membres de l'office sont nommés par le lieutenant-gouverneur et [sic] conseil ; le directeur général de l'office est aussi nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil ; [...] le directeur général de l'office, lui-même nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil, exerce, à l'égard de ces fonctionnaires et employés, les pouvoirs que la Loi de la fonction publique attribue aux sous-chefs d'un ministère. Partout donc, encore une fois, l'omniprésence du lieutenant-gouverneur en conseil ou du ministre. Le ministre ou le lieutenant-gouverneur en conseil consultent, mais ils demeurent les seuls à disposer, à décider. (Québec, 1971, 10 novembre)

Dans la même optique, les centrales syndicales dénoncent également les « pouvoirs exorbitants » d'enquête accordés au lieutenant-gouverneur en conseil, au ministre et aux ORAS, et notamment le pouvoir de déchoir un ou des membres des conseils d'administration des établissements en cas de malversation alors qu'ils et elles sont élues par la population :

> [cela] crée l'impression, à nos yeux, que le gouvernement méprise la population et les représentants qu'elle choisit au sein de ses institutions publiques. Les membres du conseil d'administration n'ont de comptes à rendre qu'à ceux qui les mandatent et les choisissent et non à d'autres *quels qu'ils soient*. (CEQ *et al.*, 1971, p. 16)[438]

[438] Souligné dans le texte.

Toutefois, c'est aussi par le biais de l'enjeu de la décentralisation – qu'elles posent comme étroitement lié à la démocratisation du réseau – que les centrales syndicales abordent celui du rôle et de la composition des ORAS :

> Ce que nous cherchons, c'est une décentralisation qui permette à la population d'agir et non pas seulement de critiquer. De faire et non pas seulement recommander. En d'autres termes, nous cherchons un équilibre. Nous cherchons un équilibre qui tienne compte de la responsabilité de l'État et de la participation de la population à l'exercice de cette responsabilité. Nous aussi nous savons que les besoins, les ressources et les connaissances évoluent et nous voulons être assurés que ces exigences sauront s'adapter et être modifiées dans l'intérêt des citoyens. (CEQ *et al.*, 1971, p. 5)

Rappelons que la demande en faveur d'une décentralisation du réseau est déjà présente au sein du mouvement syndical durant les années 1960, et notamment dans le mémoire de 1968 déposé par la FTQ devant la CESBES (voir *supra*, chapitre 4) Dans cette optique, les centrales syndicales critiquent non seulement la composition des ORAS, mais elles reprochent également au projet de loi de faire des offices régionaux des organismes essentiellement consultatifs, sans réel pouvoir et sans réelle autonomie à l'égard du gouvernement :

> Où se trouve la véritable décentralisation dans cet office régional des affaires sociales ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'un super-comité consultatif du ministre, d'un canal offert au ministre pour entrer en contact avec la population. Quelle autonomie, quel pouvoir dans une structure présumément [sic] décentralisée accorde-t-on vraiment à l'office régional des affaires sociales ? (Québec, 1971, 10 novembre)

Il est intéressant de souligner que du point de vue syndical, et contrairement à certains groupes populaires, les ORAS sont perçus – dans la mesure, évidemment, où ils feront une place réelle à la participation citoyenne – comme une des bases institutionnelles importantes pour la démocratisation du réseau. C'est dans cette perspective qu'on revendique et qu'on s'engage appuyer toutes revendications visant le développement d'un réseau complet d'ORAS :

> les populations régionales réclameront à grands cris, et avec raison, que le ministre en institue [des offices régionaux] suffisamment pour répondre aux besoins d'une décentralisation et d'une réelle participation des citoyens. De toute façon, soyez persuadés que les centrales syndicales susciteront ou appuieront, selon le cas, toute juste revendication de cette nature provenant de ces populations régionales. (CEQ *et al.*, 1971, p. 6)

Contre les limites importantes du projet de loi en matière de participation, les centrales syndicales et la plupart des groupes populaires pressent le gouvernement d'aller dans le sens d'une véritable démocratisation du réseau. Ainsi, le Comité des assistés sociaux souligne l'importance de « consulter les désavantagés eux-mêmes avant de formuler des analyses précises de leur condition et de dresser des programmes visant leur avenir. » (Québec, 1971, 24 août) On considère « que l'heure est venue d'étayer les recommandations des politiciens, des hauts fonctionnaires du gouvernement et des professionnels sur les opinions mêmes des personnes démunies. » (Québec, 1971, 24 août) Dans cette optique, on souhaite que la participation s'appuie avant tout sur les comités de citoyennes et de citoyens à l'origine des cliniques populaires plutôt que sur les personnes issues des « groupes socio-économiques » :

> Nous croyons donc que, si le ministère des Affaires sociales désire la participation de la population, cette participation de la population ne doit pas venir des socio-économiques comme les chambres de commerce, ou les marchands détaillants, ou les organisations de professionnels. Il ne faudrait pas que ces centres communautaires de santé et de services sociaux enlèvent aux différents comités de citoyens qui ont travaillé d'arrache-pied leurs cliniques. Au contraire, nous considérons que le ministère des Affaires sociales doit donner à ces comités tous les moyens techniques et même les moyens financiers afin que ces cliniques médicales et juridiques deviennent de vrais centres communautaires. (Québec, 1971, 24 août)

Allant dans le même sens, le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri invite le gouvernement à se faire pionnier et à mettre en place les conditions d'une véritable participation fondée sur les comités de citoyennes et de citoyens :

> Ne croyez-vous pas que tout pourrait mieux fonctionner s'il y avait la participation du citoyen à la base, ce qui n'a jamais été fait. Quand nous parlons de citoyens, nous avons en tête les citoyens et leurs comités directement engagés dans les actions militantes, soit dans le domaine de la santé ou dans tout autre domaine concernant la population. (Québec, 1971, 10 novembre)

Concrètement, le Comité envisage « la participation à 60 p.c. de citoyens dans tous les centres d'administration. Nous ne demandons pas l'impossible, nous demandons seulement une place dans la société, ce qui nous semble normal. » (Québec, 1971, 10 novembre)

Reprenant une formulation semblable à celle du Comité des assistés sociaux, les Groupements populaires de Québec affirme eux aussi que les personnes issues des milieux populaires sont les mieux placées pour identifier leurs propres besoins et pour y répondre :

> Nous désirons participer à l'organisation au titre de citoyens. Nous sommes capables, à partir de notre culture, de définir nos besoins, de déterminer nos moyens et nos objectifs ainsi que de faire les choix nécessaires qui nous permettront de prendre en main la situation. (Québec, 1971, 25 novembre)

Dans cette optique, et encore une fois dans une perspective assez proche de celle du Comité des assistés sociaux, on revendique une loi qui donne aux groupes populaires les moyens réels – techniques et financiers – de la participation :

> Des gouvernants qui se voudraient au service du peuple, au lieu d'essayer de l'asservir sans cesse, lui donneraient des outils pour la participation. Ils encourageraient les initiatives de base en lui fournissant les moyens techniques et financiers nécessaires à la réussite. Un tel gouvernement irait même jusqu'à y susciter l'envie de travailler au mieux-être de la communauté par l'animation. Nous voulons une loi qui instituerait un fonds d'action pouvant permettre aux gens d'agir en adultes responsables. (Québec, 1971, 25 novembre)

Quant à la CCPSC, elle demande une participation qui, à l'image de ce qui est mis en pratique à la Clinique, accorde non seulement une très forte majorité aux citoyennes et

aux citoyens sur les conseils d'administration, mais qui implique également un contrôle serré de ce conseil d'administration par une assemblée générale souveraine ayant le pouvoir de révoquer les décisions du conseil :

> C'est pour cela que je voudrais que vous pensiez, comme il le faut, à la participation, ce que cela peut faire. Il n'y a aucun danger. Cela fait juste du bien. Cela peut être révoqué n'importe quand par l'assemblée générale. Il faut absolument que ça soit ainsi. Autrement, c'est une participation fictive. Des bonshommes qui vont être nommés là pour cinq ans, même si vous me nommiez là, cela ferait quatre autres députés au lieu d'un. Et puis, le gars, il est là pour cinq ans. Que voulez-vous qu'il dise ? Il n'a pas à répondre à personne. Mais ça fait drôle quand on arrive dans une assemblée générale... Comment se fait-il que tu aies décidé une telle affaire ? C'est ceci et c'est cela. Et on discute. Cela donne des bonnes idées. C'est la seule manière d'avoir des idées, si on veut avoir les idées du consommateur. (Québec, 1971, 5 octobre)

Comme on a pu le voir, ce ton rassurant à propos de la participation (on précise ici qu'elle ne pose « aucun danger ») et cette insistance sur la capacité des milieux populaires à définir leurs propres besoins et à y répondre (dans la mesure où ils disposent des moyens adéquats) sont récurrents dans les représentations faites par les groupes populaires auprès de la commission parlementaire. Il semble qu'on veuille notamment, de cette manière, répondre aux craintes que la démocratisation implique une gestion incompétente du réseau. L'insistance de divers groupes populaires sur les succès des comités de citoyennes et de citoyens dans la gestion d'organismes communautaires va aussi dans ce sens.

Ainsi, le Comité des assistés sociaux juge que les comités de citoyennes et de citoyens possèdent une expertise considérable dans la gestion des cliniques populaires qui, avec peu de moyens, sont parvenues à offrir une gamme de services impressionnante ; en cela, « le ministère des Affaires sociales devrait faire partager les responsabilités [des CLSC] par les comités de citoyens qui ont fondé dans des quartiers défavorisés des cliniques médicales et des cliniques juridiques. » (Québec, 1971, 24 août) De même, le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri affirme qu'il

> a déjà fait preuve de compétence et du sens des responsabilités dans le passé, puisque nous avons fait épargner la somme de $12 millions au gouvernement antérieur en refusant la construction d'un hôpital dans une zone industrielle, ce qui aurait été néfaste pour la population de notre quartier. Nous pourrions vous donner d'autres exemples qui ne sont pas moindres. (Québec, 1971, 10 novembre)

La CCPSC, s'appuyant elle aussi sur sa propre expérience, conteste quant à elle explicitement l'idée d'une incompétence ou d'une irresponsabilité des simples citoyennes et citoyens en matière de gestion :

> Maintenant, il y a le côté administratif. Ce n'est pas bien fin, des citoyens, ça prend de l'argent du gouvernement et ça tire ça d'un bord et de l'autre. Cela ne leur fait rien du tout. Mais l'année dernière, nous, il nous est resté $40,000 à notre budget. Pourquoi ne les avons-nous pas dépensés ? Parce que ça n'avait pas de bon sens de les dépenser. (Québec, 1971, 5 octobre)

À l'image des groupes populaires, les centrales syndicales invitent également le gouvernement à « faire confiance à la participation » : « S'il y avait moyen, dans le secteur de la santé et des affaires sociales, de procéder d'une façon rationnelle en faisant confiance à la participation dès le début [...], je crois que cette fois-ci, on aurait commencé du bon pied. » (Québec, 1971, 10 novembre) Sans aller aussi loin que la CCPSC, qui demande que le pouvoir ultime revienne à des assemblées générales citoyennes, les syndicats dépassent tout de même largement leurs revendications des années 1960 et réclament désormais que l'ensemble des conseils d'administration des institutions du réseau soient constitués à majorité de citoyennes et de citoyens élus : « Nous demandons donc comme principe de base que ce soit la population qui constitue par voie élective la majorité des conseils d'administration. » (Québec, 1971, 10 novembre) Dans une optique qui rappelle celle mise de l'avant par la CCPSC, on considère que, en particulier en ce qui concerne les ORAS, « les représentants de la population au sein des organismes chargés de gérer une structure décentralisée de services sociaux et de santé devraient [...] répondre de leurs gestes devant la population. » (CEQ *et al.*, 1971, p. 7)

À cet égard, les centrales syndicales reconnaissent, tout comme le Comité des citoyens de l'hôpital de Saint-Henri, les avancées que fait le projet de loi en ce qui concerne les CLSC, dont on souligne du même souffle l'importance centrale dans le futur réseau de la santé et des services sociaux :

> les conseils d'administration des centres locaux de services communautaires auront parmi leurs dix membres, cinq personnes élues pour quatre ans par la population du territoire desservi par le centre ; nous sommes heureux de constater que le gouvernement a reconnu la nécessité d'inscrire un système électif plutôt que nominatif pour ce type d'institution qui sera appelé à devenir la plaque tournante de toute l'organisation territoriale des services sociaux et de santé. (CEQ *et al.*, 1971, p. 7)

On considère toutefois qu'un modèle semblable doit être appliqué à l'ensemble des institutions du réseau :

> nous insistons pour que le principe du système électif soit étendu à tous les types d'institutions publiques ainsi qu'à l'office régional des affaires sociales dont *la majorité des membres du conseil d'administration serait élue par et parmi un collège électoral composé de tous les membres élus par la population au sein des institutions publiques du territoire de l'office régional des affaires sociales.* (CEQ et al., 1971, p. 9)[439]

De plus, on souhaite dépasser le modèle proposé pour les CLSC en assurant une majorité *absolue* aux citoyennes et aux citoyens sur l'ensemble des conseils d'administration. En particulier, on insiste pour que les simples citoyennes et citoyens soient majoritaires *face aux professionnelles et professionnels* :

> Dans tous les cas où l'élection s'avère possible, les représentants de la population devraient être élus par la population de leur territoire. Cela ne signifie pas que les travailleurs de la santé et du bien-être seront écartés d'une participation à la définition des objectifs et de l'orientation du système des services de santé et des services sociaux. Au contraire, nous souhaitons que tous, y compris les professionnels, y participent, mais que le pouvoir réel, au sein de ces institutions

[439] Souligné dans le texte.

> publiques, appartienne à ceux que ces institutions publiques doivent servir, c'est-à-dire tous les citoyens. (CEQ *et al.*, 1971, p. 9)

Deux choses méritent d'être soulignées ici. D'abord, les centrales syndicales ont traditionnellement eu tendance à prendre position en faveur d'une participation des représentantes et des représentants des travailleuses et des travailleurs syndiqués, et donc en faveur d'une participation des syndicats eux-mêmes, plutôt qu'en faveur d'une participation de la population en général. D'ailleurs, c'est pour une participation des diverses centrales syndicales sur les instances de la future régie de l'assurance-maladie que se prononcent la plupart des mémoires syndicaux à partir de la fin des années 1950 et ce, jusqu'en 1970[440]. Or, ce qui frappe dans les revendications exprimées à l'occasion des débats sur le projet de loi 65, c'est le caractère très peu corporatiste des demandes syndicales : si on souhaite qu'une représentation soit assurée sur toutes les instances décisionnelles du réseau pour les travailleuses et les travailleurs salariés (et souvent syndiqués) de ces institutions, et si on demande, dans une optique semblable à celle de certains groupes populaires, que cette participation des salariés s'accompagnent de moyens essentiels pour favoriser une « participation réelle et effective » (Québec, 1971, 10 novembre)[441], on insiste surtout sur la participation des simples citoyennes et citoyens.

Ensuite, et il s'agit là de l'autre aspect intéressant, cette prise de position en faveur d'un pouvoir citoyen faisant contrepoids au pouvoir professionnel au sein des établissements

---

[440] Voir le mémoire conjoint soumis par les centrales syndicales sur le projet de loi 8 concernant l'instauration d'un régime d'assurance-maladie : « Nous estimons que la représentation syndicale à la Régie est par trop faible. Le monde du travail, qui est le monde des salariés, constitue la très grande majorité de la population et ne serait représenté, suivant le projet de loi, que par un septième des membres de la Régie. De plus, il y a quatre centrales syndicales au Québec, et il n'y aurait que deux représentants des salariés. Cette situation serait inacceptable. Nous demandons que le travail soit représenté par un représentant par centrale [...]. » (CEQ *et al.*, [s.d.], p. 22)

[441] On demande notamment que les travailleuses et travailleurs salariés élus sur les conseils d'administration bénéficient d'une formation. On demande également « que la loi prévoie que les salariés, participant d'une façon ou d'une autre à cette gestion, puisent s'absenter de leurs activités régulières (travail, assignation, etc.) sans empêchement de la part de leur employeur » (Québec, 1971, 10 novembre).

eux-mêmes est relativement nouvelle pour les centrales syndicales. Si la FTQ réclamait en 1968 une certaine démocratisation d'éventuelles instances administratives décentralisées, cette ouverture à la participation n'était pas pensée relativement au pouvoir professionnel. Et même si les centrales syndicales ont historiquement revendiqué une place sur les instances de l'éventuelle régie de l'assurance-maladie (voir *supra*, chapitre 4), on revendiquait une place *paritaire* aux professionnelles et professionnels plutôt qu'une place *majoritaire*. Les positions exprimées par les centrales syndicales en commission parlementaire témoignent donc ici aussi d'une certaine radicalisation du mouvement syndical qui, sur l'enjeu du pouvoir des médecins, rejoint ainsi en bonne partie le point de vue de la CCPSC. En effet, comme on pouvait s'y attendre, celle-ci exprime aussi très clairement la nécessité, en vue d'une véritable participation populaire, de restreindre le pouvoir professionnel en assurant une représentation à majorité absolue des citoyennes et des citoyens sur les instances décisionnelles du réseau :

> Ce que nous demandons, maintenant. Vis-à-vis du projet de loi 65, nous demandons une participation réelle. Vous allez trouver cela curieux, une participation réelle. Vous allez dire : Une participation réelle, cela veut dire cinq citoyens contre cinq professionnels. Pas du tout, ce n'est pas ça. Vous ne savez pas quelle influence un professionnel peut avoir sur un citoyen. Il va le charroyer, il va lui vendre n'importe quelle idée. Le gars va dire : Ce n'est pas moi qui ai raison, le Dr Untel, lui, par exemple... Cela ne se peut pas que j'aie mal aux pieds, je dois avoir mal aux mains parce qu'il l'a dit. C'est pour ça que, pour nous, la participation réelle, c'est la participation en majorité. Parce que là-bas, on n'a qu'un professionnel et on a une maudite misère avec. On est obligé de lui dire : Tu as assez parlé, tais-toi. Laisse parler Mme Untelle ou M. Untel. (Québec, 1971, 5 octobre)

La radicalisation des positions syndicales en ce qui concerne le pouvoir des médecins et son rapprochement de celles de la CCPSC est également visible en ce qui concerne plus précisément la question du contrôle des actes professionnels, qui pose également la question de la portée du pouvoir citoyen. À la CCPSC, il est bien sûr très clair que

le pouvoir des citoyennes et des citoyens va jusqu'à une participation active dans le contrôle des actes médicaux :

> J'entendais parler de l'acte médical et du Collège des médecins qui vérifiait l'acte médical. C'est beau, ça ! Nous autres aussi, nous le faisons, les citoyens. On a un comité de formé qui comprend quatre citoyens et quatre médecins qui viennent d'en dehors, qui sont absolument neutres. On leur envoie des 'chartes' deux mois à l'avance. Ils étudient les 'chartes' et ils viennent avec nos médecins et tous les membres de notre clinique – les professionnels – discuter de la manière dont il faudrait agir pour faire mieux. C'est ce que j'appelle de la vérification, en plus de celle qui est faite par le Collège des médecins. Ce sont encore des citoyens qui ont pensé à ça. (Québec, 1971, 5 octobre)

Si, du côté syndical, on revendique au moins depuis 1970 que l'État intervienne davantage dans le contrôle de la profession médicale[442], cette question devient, au même titre que la démocratisation du réseau, prioritaire au moment des débats entourant le projet de loi 65 :

> Nous tenons donc aujourd'hui à vous indiquer deux points fondamentaux sur lesquels nous fondons de grands espoirs et pour lesquels nous sommes prêts à livrer une longue lutte. Ces deux points sont une participation réelle et efficace des citoyens et le contrôle des actes professionnels. (CEQ *et al.*, 1971, p. 6)

À cet égard, les centrales syndicales expriment un fort mécontentement devant l'intention affichée du ministre de préserver l'autonomie de la profession en la matière :

> Le 24 août 1971, le ministre des Affaires sociales indiquait de façon non équivoque devant cette commission qu'il entendait maintenir le contrôle de l'acte professionnel par les professionnels eux-mêmes. [...] Nous sommes opposés à une telle position de principe et nous vous soumettons qu'il appartient à l'État d'exercer cette fonction et que l'État ne devrait pas s'en décharger en déléguant toute son autorité aux corporations professionnelles. (CEQ *et al.*, 1971, p. 11-12)

---

[442] Voir *supra*, chapitre 4, section 4.2.2.1 ainsi que le mémoire conjoint sur le projet de loi 8 (CEQ *et al.*, [s.d.], p. 16).

On voit néanmoins comme un certain progrès – toutefois insuffisant – que le projet de loi prévoit l'obligation pour le conseil des médecins et dentistes de faire rapport au conseil d'administration de ses activités de surveillance et de contrôle des actes médicaux. On interprète cette disposition comme permettant « à l'administration publique et à ses représentants d'exercer un certain contrôle sur les actes professionnels. » (CEQ *et al.*, 1971, p. 12) Défendant une position proche de celle de la CCPSC, on affirme encore plus clairement en commission parlementaire la nécessité, pour les professionnelles et les professionnels de la santé, d'accepter de soumettre leurs pratiques au contrôle d'instances où est représentée la population :

> si ceux que l'on a appelés les professionnels de la santé veulent s'appeler les travailleurs de la santé, ils devront accepter que le service public est un service comme les autres [et] se soumettre au contrôle des instances politiques est administratives qui représentent la population [plutôt que de tenter] de se donner eux-mêmes un appareil de contrôle. (Québec, 1971, 10 novembre)

On constate donc, sous plusieurs aspects importants, une radicalisation du point de vue syndical en matière de santé et un rapprochement entre les positions des grandes centrales et celles du mouvement populaire. Il s'agira maintenant de voir le positionnement de la classe capitaliste par rapport au projet de loi 65 visant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

6.2.2 Positions de la classe capitaliste

Au moment de présenter la position de la classe capitaliste sur le projet de loi 65 se pose un problème significatif : aucun groupe issu du milieu des affaires n'a déposé de mémoire ni n'a fait de représentation devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi. Seule l'Association des directeurs et des établissements privés de santé et de bien-être (ADEP), qui est directement concernée par les dispositions du

projet de loi (et notamment par ses dispositions concernant la place des établissements privés dans le futur réseau), déposera un mémoire et ira témoigner en commission parlementaire. Il s'agira donc, dans un premier temps, de proposer des pistes permettant d'analyser cette quasi-absence du débat qui, par la négative, nous informe au moins partiellement sur la position de la classe capitaliste sur ce projet de loi.

6.2.2.1 Une absence de position sur le projet de loi ?

La première hypothèse qui surgit pour expliquer le peu d'empressement du milieu des affaires à exprimer ses positions sur la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux est bien sûr celle d'une relative indifférence de la classe capitaliste par rapport à cet enjeu. Et de fait, le contraste entre, d'une part, la mobilisation considérable du milieu des affaires sur la question de l'assurance-maladie et, d'autre part, son absence de participation au processus de consultation sur le projet de loi 65 est assez frappant. Ceci est d'autant plus vrai qu'en plus des mémoires déposés par plusieurs associations issues de la classe capitaliste au moment des débats entourant l'assurance-maladie, on peut observer durant cette période des prises de positions répétées sur cet enjeu dans les pages du journal officiel de la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ), ce qui n'est pas le cas durant les mois qui précéderont l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en décembre 1971[443]. Ainsi, bien que, dans une autre publication, la CCPQ s'est prononcée au moins une fois sur le projet de loi avant son adoption (nous y reviendrons), il semble assez clair que celui-ci

[443] Il faut préciser toutefois que la documentation disponible est incomplète. Néanmoins, il serait surprenant que les quelques numéros manquants entre 1968 et 1973 révèlent un portrait très différent de la situation. La documentation consultée montre que la CCPQ se prononce à au moins trois reprise contre l'assurance-maladie dans les pages de *Faits et tendance* (CCPQ, 1960-1973) : en mars 1968 (vol. XIX, no 7) ; en novembre 1968 (vol. XX, no 11) ; et en mai 1969 (vol. XXI, no 9).

suscite moins les passions du milieu des affaires que l'instauration d'un programme universel, public et complet d'assurance-maladie.

On peut penser qu'un des facteurs permettant de comprendre cette réception différente des deux réformes renvoie au fait que celles-ci n'ont pas la même portée sur le plan économique. Autrement dit, si l'assurance-maladie a rencontré une opposition aussi vive parmi les principaux représentants et représentantes de la classe capitaliste, c'est en partie parce que les impacts financiers de cette mesure de sécurité sociale étaient évidents et potentiellement considérables. Or, le projet de loi 65 vise pour sa part un contrôle des coûts dans le contexte de cette nouvelle prise en charge financière, par l'État, de la consommation des soins, objectif auquel le milieu des affaires peut beaucoup plus aisément souscrire. Il n'est d'ailleurs pas anodin que l'ADEP, seule association issue des milieux d'affaires à déposer un mémoire devant la commission parlementaire, demandera que cet objectif soit explicitement mentionné comme un des principaux objectifs du projet de loi :

> Nous voulons proposer des formules qui, à notre point de vue, peuvent vraiment et rapidement conduire à l'obtention des buts désirables et recherchés par tous, à savoir principalement la qualité des soins et les coûts abaissés. Deux objectifs qui, spécifiquement, comme tels, n'apparaissent pas dans le bill 65. Nous espérons évidemment qu'une nouvelle rédaction de certains articles permettra aux lecteurs de dénicher, clairement énoncés, les principes de base de la philosophie dominante et caractéristique de cette future loi qui, à toutes fins pratiques, remplace toutes les lois existant jusqu'à ce jour. (Québec, 1971, 5 octobre)

Considérant cela, et même si ce projet de loi impliquait évidemment une intervention beaucoup plus importante de l'État dans le domaine socio-sanitaire – ce à quoi le milieu des affaires est, comme cela a été clairement démontré jusqu'à maintenant, généralement peu sympathique –, le projet de loi était probablement moins susceptible d'être perçu comme une menace directe aux intérêts de la classe capitaliste et ce,

d'autant plus que la *Loi des hôpitaux* de 1962 avait déjà, dans les faits, largement remis en question le statut privé des établissements hospitaliers.

Ceci nous amène à un autre facteur ayant pu contribuer à la faible motivation du milieu des affaires à participer au processus de consultation entourant le projet de loi 65. Nous ferons au prochain chapitre l'analyse du rapport de force entre les classes capitaliste et laborieuse durant cette période, mais on peut déjà indiquer que les années 1960 sont caractérisées par une montée en force de la classe des travailleuses et des travailleurs ; cette décennie est d'ailleurs marquée par de nombreux gains syndicaux et populaires (et donc par de nombreux revers pour la classe capitaliste), notamment en matière de politiques sociales. L'instauration de l'assurance-maladie en 1970 est tout à fait emblématique de cela, et elle est d'ailleurs perçue comme une défaite par la CCPQ qui, dans son mémoire annuel soumis au gouvernement en 1970, exprime clairement sa déception à ce sujet :

> Il n'est pas dans nos intentions de revenir maintenant avec nos concepts à l'effet que dans les mesures de sécurité sociale nous préférons de beaucoup les programmes sélectifs en vertu desquels on alloue les rares ressources disponibles aux personnes qui en ont vraiment besoin, de sorte que ces programmes soient moins coûteux et puissent mieux satisfaire les besoins véritables. Nos vues en ce domaine sont bien connues mais nous devons constater qu'elles n'ont pas été retenues. [...] Nous aurons donc un plan d'assurance-santé universel, étatique et complet. (CCPQ, 1970, p. 4-5)

Dans ce contexte, on peut penser que la classe capitaliste avait peu d'espoir de faire reculer le gouvernement de manière importante quant à une intervention accrue de l'État dans le domaine socio-sanitaire, d'où son peu d'empressement à prendre position en commission parlementaire.

Néanmoins, un document de la CCPQ publié dans les semaines qui ont suivi le dépôt du projet de loi 65 (mais avant le début des audiences en commission parlementaire) montre que l'absence de participation, par le milieu des affaires, au processus consultatif entourant le projet de loi *ne signifie pas une absence de position sur ce*

projet. En effet, dans le *Bulletin sur la législation provinciale*, publication dans laquelle la CCPQ analyse à l'époque les lois et projets de loi provinciaux pour le bénéfice de ses membres, on retrouve en août 1971 (vol. IX, no 6) un bref commentaire sur le projet de loi. De plus, la CCPQ publiera également, dans le *Bulletin* de janvier 1972 (vol. IX, no 10), et donc au lendemain de l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, un commentaire sur celle-ci.

À partir de ces deux documents, il est possible de dégager les grandes lignes du point de vue de la classe capitaliste sur le projet de loi. Les deux commentaires étant toutefois plutôt brefs, la position du milieu des affaires, que nous présentons dans les sections suivantes, pourra être précisée à partir des représentations faites par l'ADEP devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi. Nous pourrons constater que si le milieu des affaires partage, au premier abord, certaines préoccupations avec le mouvement syndical et les groupes populaires, le point de vue qui se dégage ici est pour l'essentiel aux antipodes de celui mis de l'avant par les groupes issus de la classe des travailleuses et des travailleurs, comme en témoigne d'ailleurs l'absence complète de référence aux causes sociales de la maladie, qui contraste avec l'insistance des travailleuses et travailleurs sur cette question. Nous verrons ainsi qu'en plus du rejet de la prise en charge étatique du domaine socio-sanitaire (section 6.2.2.2), la position de la classe capitaliste sur le projet de loi se caractérise par une défense de la place du secteur privé dans le futur réseau socio-sanitaire (section 6.2.2.3) ainsi que par une méfiance à l'égard de la décentralisation derrière laquelle se profile certaines réticences à l'égard d'une ouverture trop grande à la participation populaire (section 6.2.2.4).

6.2.2.2 Une antipathie générale pour le projet de loi et un rejet de la prise en charge étatique du domaine socio-sanitaire

Bien que le projet de loi vise une réduction des coûts susceptible de diminuer l'impact financier du nouveau régime d'assurance-maladie, la CCPQ exprime clairement, dans son commentaire d'août 1971, une antipathie générale à son égard. Cette antipathie traduit notamment un rejet de la prise en charge quasi-complète, par l'État, du domaine socio-sanitaire, prise en charge qu'elle juge exagérée : « Il est à se demander si une réforme aussi globale et une telle mainmise de l'état [sic] sont nécessaires pour résoudre les problèmes administratifs de ce secteur. » (CCPQ, 1971, août) Dénonçant l'ampleur des bouleversements qu'il implique, l'ADEP est elle aussi assez peu sympathique au projet de loi :

> le bill 65, en voulant mettre sous la même coupe, à la fois la Loi des hôpitaux privés, la Loi des hôpitaux publics et l'assistance publique, crée une confusion qui est dangereuse. Il crée surtout des structures dont nous ne connaissons pas, en faisant table rase de tout ce qui existe présentement, les conséquences et surtout la possibilité d'application. (Québec, 1971, 5 octobre)

Notamment, l'ADEP souhaite préserver une distinction claire entre l'assistance publique et les services socio-sanitaires destinés à l'ensemble de la population, qu'elle reproche au projet de loi de confondre :

> La première proposition, donc, que nous aimerions voir sur le plan juridique, c'est qu'il y aurait lieu de distinguer les services de santé et de bien-être et l'assistance publique, pour assurer une meilleure application des réformes en profondeur et permettre à chaque citoyen de profiter au maximum des services. Car, il ne faudrait pas, à mon avis, décourager ce qui existe et détruire ce qui, jusqu'à présent, a joué un rôle très utile dans notre province.

Comme on peut le constater, cette idée selon laquelle le projet de loi fait « table rase » du régime existant – et notamment du principe de l'assistance sociale – est récurrente dans les propos des représentants de l'ADEP. On retrouve ici la déception exprimée

par la CCPQ dans son mémoire annuel de 1970 à l'égard de l'assurance-maladie publique, qui constitue un revers important pour les tenants de l'approche résiduelle en matière de politiques sociales (CCPQ, 1970). Autrement dit, tant l'ADEP que la CCPQ auraient préféré le maintien du *statu quo* dans le secteur socio-sanitaire.

De plus, à l'instar de la CCPQ, l'ADEP rejette également la prise en charge de ce secteur par l'État. Elle considère que l'instauration d'une assurance-maladie publique ne justifie pas un tel élargissement du rôle de l'État dans ce secteur, déplorant du même coup ce qu'elle considère comme la fin du régime d'assistance publique au Québec :

> Nous croyons que l'Etat, dans un régime d'assurance sociale, est avant tout le gestionnaire d'un régime et qu'il n'a pas le devoir et le droit de vérifier si le service requis est vraiment rendu en quantité et en qualité. Il peut aussi avoir mission de négocier au nom du citoyen le genre de prestation auquel le citoyen aura droit moyennant telle ou telle condition. Il peut avoir d'autres prérogatives que les deux que nous venons de mentionner mais, fondamentalement, nous maintenons que le rôle de l'Etat, dans un régime d'assurance sociale, n'est pas du tout celui d'un Etat dans un régime d'assistance publique. Nous croyons qu'au Québec, le régime d'assistance publique n'existe plus. (Québec, 1971, 5 octobre)

Cette position contraste bien sûr avec celle du mouvement syndical, qui considère au contraire que la prise en charge, par l'État, du secteur socio-sanitaire doit être complète pour assurer pleinement le droit égal à la santé et que, dans cette optique, le projet de loi ne va pas assez loin. Le rejet par la classe capitaliste d'une intervention accrue de l'État dans le domaine est toutefois partagé, comme nous avons pu le constater, par certains groupes populaires. Cependant, il trouve ici des motivations très différentes de celles du mouvement populaire. En effet, alors que ce dernier craint une récupération des initiatives démocratiques d'entraide et de services populaires, la classe capitaliste redoute quant à elle principalement les effets potentiellement négatifs du projet de loi sur les institutions socio-sanitaires privées, pour lesquelles les centrales syndicales *et* les groupes populaires n'ont aucune sympathie.

6.2.2.3 Une menace pour le secteur privé

Dans son commentaire d'août 1971, la CCPQ se porte sans surprise à la défense du secteur privé en dénonçant vigoureusement les dispositions du projet de loi concernant les institutions privées. Au contraire des mouvements syndical et populaire, qui considèrent que le projet de loi laisse une place trop grande au secteur privée, la CCPQ le juge menaçant pour les institutions qui refuseront de s'intégrer au réseau public :

> Par ailleurs, il est important de noter que les institutions privées seront assujetties à un contrôle très sévère de leurs dépenses et recevront un rendement en fonction de leurs investissements. Les dispositions du projet de loi (article 136) à ce sujet sont inquiétantes pour le traitement qui pourra être fait à ces institutions. (CCPQ, 1971, août)

Directement concernée par cet enjeu, l'ADEP formule ses craintes dans des termes beaucoup moins nuancés qui expriment de nouveau sa préférence marquée pour le maintien du *statu quo* :

> C'est pourquoi, je crois, M. le Président, qu'on veut vraiment voir disparaître à tout jamais l'institution privée qui, jusqu'en 1960, a été à peu près la seule à assurer dans notre province la dispensation des soins et des services et qui a permis la création et le développement d'hôpitaux qui ont une réputation nationale et parfois même internationale. Il a donc fallu onze ans de révolution tranquille pour rayer d'un trait de plume ce qui a pris trois cents ans à s'édifier. (Québec, 1971, 5 octobre)

Les inquiétudes de l'ADEP reposent principalement sur les conclusions – récentes au moment des débats entourant le projet de loi – du rapport de la CESBES concernant les établissements à but lucratif ainsi que sur l'absence de mention, dans le projet de

loi, des établissements privés de type *conventionné*, que l'ADEP distingue des établissements (privés ou publics) *subventionnés*[444] :

> En 1970, il y a eu le rapport Nepveu qui, à moins que nous n'ayons mal lu, propose tout simplement la disparition des établissements privés et ce sans aucune distinction quant à la qualité des uns et des autres. Il y a le bill 65 qui, sans malice, nous en sommes certains, ne fait pas mention des établissements de type conventionné, mais strictement des établissements de type subventionné en vertu de l'article 136 lorsqu'un établissement privé décide tout simplement de demander une subvention. C'est ce qui fait l'escalade de nos misères et l'état actuel où nous sommes. (Québec, 1971, 5 octobre)

Dans ce contexte, l'ADEP revendique une reconnaissance formelle, dans la loi, des établissements privés de type conventionné :

> Nous demandons évidemment que l'établissement privé de type conventionné soit formellement reconnu. Pourquoi ? Parce que, pour nous, c'est le contrepoinds [sic] même qui s'impose si on veut vraiment une émulation et une comparaison possible. Nous voulons vraiment savoir sous quel genre de vie nous vivrons. (Québec, 1971, 5 octobre)

---

[444] Du point de vue de l'ADEP, les établissements privés de type conventionnés sont des établissements régis (depuis 1969) par une convention négociée collectivement (par l'ADEP elle-même, semble-t-il) avec le ministère pour l'ensemble des établissements qui souhaitent y participer : « Pour nous, un établissement conventionné est un établissement privé qui, par convention arrêtée avec le ministère des affaires sociales, convention négociée, a conduit à un statut particulier pour ces établissements qui étaient concernés. Alors, il y a une négociation qui se termine par un contrat général type lequel devient, par la suite, autant de contrats individuels dûment signés par chacun des établissements. Alors, puisque nous parlons de conventions, nous affirmons que nous sommes des établissements privés de type conventionné. » (Québec, 1971, 5 octobre) L'ADEP établit une distinction claire entre établissements privés de type conventionnés et établissements subventionnés puisque pour elle, cette dernière expression réfère aussi, semble-t-il, aux établissements publics : « Nous croyons qu'un établissement conventionné n'est pas un établissement subventionné. Le trait caractéristique du premier, par rapport au second, c'est que l'établissement conventionné, s'il n'administre pas à l'intérieur de ses frontières financières négociées, assume le prix de son fardeau. Il n'héritera ni d'octrois ni de subventions, et il ne sera pas à régime de déficit cumulé. Il est simplement en état de faillite, point. [...] Une chose est certaine, M. le Président, c'est que, de tous les types d'établissements, au risque d'erreur pour que nous soyons corrigés si tel est le cas, nous croyons que seuls les établissements de type conventionné ont actuellement quelque chose à perdre dans les débats qui se déroulent ici. Ceux qui sont dits de caractère public, que d'autres appelleraient de type subventionné n'ont tout de même pas leurs biens personnels en jeu ni ceux de leur famille. » (Québec, 1971, 5 octobre)

Autrement dit, on souhaite que la loi consacre clairement le principe d'une coexistence des secteurs public et privé dans le futur réseau socio-sanitaire :

> La troisième proposition, c'est qu'il y a lieu de consacrer, comme vient de le dire d'ailleurs avec beaucoup de justesse le ministre, la coexistence des établissements d'hospitalisation publics et des établissements privés, de la même façon que la loi française reconnaît ce principe dans son texte. (Québec, 1971, 5 octobre)

On fait valoir qu'une telle cohabitation des établissements privés et publics est nécessaire pour stimuler une « saine concurrence » entre les secteurs, susceptible de mener à des services de meilleure qualité à moindre coût : « Il y a de la place nous pensons, pour que tous ces établissements vivent, qu'ils doivent se faire une saine concurrence pour en arriver à dépasser l'autre en qualité de services et en coûts réduits. » (Québec, 1971, 5 octobre) De plus, en contradiction totale avec le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, on se porte à la défense des profits réalisés par les établissements privés dans le domaine socio-sanitaire, arguant qu'avec le régime d'ententes négociées entre les établissements conventionnés et le ministère, les abus sont désormais impossibles :

> Il y a le problème de la notion de profit. [...] La notion de profit, nous considérons que c'est un peu le salaire du risque. Nous croyons que nous prenons certains risques quand nous investissons des sommes sans savoir si, l'année suivante, le permis sera renouvelé ou à quelles conditions il le sera. Lorsque vient le temps d'emprunter à longue échéance, à des taux parfois exorbitants, nous croyons qu'il s'agit là d'un risque réel. L'autre point, la question de l'abus de profit. Nous disons qu'il n'y a pas d'abus de profit possible. Il est physiquement impossible d'en faire depuis au moins 1969 en vertu du régime qui est le nôtre : la négociation collective avec le gouvernement. (Québec, 1971, 5 octobre)

Dans cette même optique, et consciente de la mauvaise réputation dont souffre le secteur privé à but lucratif, l'ADEP rejette la distinction faite par le projet de loi entre les établissements à but lucratif et à but non lucratif :

> La question du vocabulaire 'à but lucratif' et 'à but non lucratif'. Il y a également une page sur le sujet. C'est tellement facile de dire aux gens : Vous êtes à but

> lucratif, donc vous êtes dangereux. A but non lucratif, qu'on est donc beaux ! Voici deux termes qui prêtent à confusion d'une façon absolue. Dans un cas, on pense aux anges avec des ailes et, dans l'autre, évidemment on les voit avec des ailes, mais raccourcies et un peu plus pointues. Cela ne prouve absolument rien. Ce n'est pas parce que je suis à but lucratif ou à but non lucratif que la qualité de mon service va se manifester. A mon avis, pas du tout, d'aucune espèce de façon. Cela ne dépend pas du statut juridique de mon établissement. (Québec, 1971, 5 octobre)

Et si le caractère privé ou public des établissements n'est pas déterminant pour la qualité des services, on considère cependant que le secteur privé doit être sauvegardé aussi parce qu'il a fait la démonstration de son efficacité économique plus grande par rapport au secteur public :

> une chose est certaine, M. le Président, c'est qu'en onze ans, on n'a pas réussi, à mon avis, à édifier un nouveau système hospitalier qui ait pu remplacer ou améliorer sensiblement ce qui existait auparavant. La preuve est faite aussi, comme le disait M. Deslierres, que le secteur public coûte plus cher que le secteur privé à construire et à administrer. C'est pourquoi nous faisons appel à la logique et au bon sens pour éviter une euthanasie concertée de tout le secteur hospitalier privé. Il y a lieu de donner une nouvelle vitalité à ce secteur qui permet des économies appréciables et des services valables dans des régions ou des milieux où le secteur public est absent. (Québec, 1971, 5 octobre)

Enfin, l'ADEP fait également valoir, comme dernier argument à la défense du secteur privé, qu'il est essentiel de préserver, au même titre que leur liberté de choix à l'égard des médecins, la liberté de choix des personnes quant au type d'établissement – public ou privé – qu'elles souhaitent fréquenter :

> Nous croyons que ce n'est pas à l'Etat de décider – et c'est reconnu d'ailleurs dans nos mœurs – quel sera le médecin de tel patient. Nous croyons aussi que ce n'est pas à l'Etat de décider dans quel genre d'établissement, au point de vue du type juridique d'établissement, le citoyen devra aller et où le patient devra se diriger. Nous croyons que c'est un droit strict du citoyen de décider par qui il va être soigné et où il va être soigné, dans les normes du bon sens, mais je m'arrête strictement à l'aspect juridique du type d'établissement. (Québec, 1971, 5 octobre)

Ainsi, alors que les mouvements syndical et populaire remettent en question ce principe et considèrent que, dans un contexte où les quartiers défavorisés sont très mal desservis en termes de services socio-sanitaires, il relève davantage du mythe que de la réalité, l'ADEP souhaite pour sa part sa reconnaissance formelle dans la loi :

> La deuxième proposition, c'est qu'il y a lieu d'incorporer dans la loi un article fondamental concernant le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins, comme cela existe, d'ailleurs, à l'article 1 de la loi française du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Cette loi est récente et, à mon avis, elle représente très bien jusqu'à quel point on peut éventuellement innover sans pour autant détruire. (Québec, 1971, 5 octobre)

En plus d'y voir une menace pour le secteur privé, nous verrons maintenant que le milieu des affaires considère également le projet de loi 65 comme une menace pour l'autonomie des établissements, tant publics que privés. Nous constaterons qu'il exprime aussi certaines réserves en ce qui concerne le mode de désignation et la composition des conseils d'administration des institutions du réseau.

6.2.2.4 Décentralisation et participation : pour l'autonomie des établissements et le maintien au pouvoir des « milieux concernés »

En ce qui concerne l'enjeu de la décentralisation et de l'ouverture à la participation populaire, les deux sources dont nous disposons ne sont pas très explicites, mais elles fournissent quand même certaines indications intéressantes quant à la position de la classe capitaliste à ce sujet. Il semble d'abord que le milieu des affaires soit plutôt réticent à la centralisation des pouvoirs au niveau du ministère ainsi qu'aux modalités de décentralisation régionale contenues dans le projet de loi. Ainsi, la CCPQ, qui rejette clairement le contrôle que pourra exercer le ministère sur les établissements du réseau, ne semble pas davantage sympathique à la création d'instances régionales dotées de pouvoir sur ces établissements. Il est révélateur à cet égard qu'elle parle de

centralisation plutôt que de décentralisation pour désigner le rôle attribué aux ORAS dans le projet de loi. Tout indique en effet qu'elle voit non seulement dans les nouveaux pouvoirs du ministère *mais aussi* dans la régionalisation une perte de pouvoir et d'autonomie pour les établissements :

> Ce projet de loi prévoit une centralisation des contrôles administratifs au niveau régional plutôt qu'au niveau provincial et local. Les administrateurs d'un organisme local public (hôpital, foyer pour personnes âgées, etc.) ne devront qu'appliquer les normes établies par le ministère et leur marge de manœuvre déjà très restreinte actuellement sera encore diminuée par l'adoption de ce projet. Cette formule pourrait diminuer de beaucoup la motivation des administrateurs. (CCPQ, 1971, août)

Dans des termes encore une fois plus durs que ceux de la CCPQ, l'ADEP dénonce ce qu'elle considère comme une mise en tutelle des établissements, s'inquiétant elle aussi du sort réservé aux administratrices et aux administrateurs traditionnellement responsables – bénévolement, souligne-t-on – des institutions du réseau :

> Juste un commentaire, non pas malveillant mais qui s'impose quand même : nous avons l'impression que le projet de loi no 65 constitue une espèce de régime d'autorité de tutelle. Jusqu'où ira le bénévolat d'autrefois et le dévouement d'autrefois dans un régime semblable ? (Québec, 1971, 5 octobre)

Tout comme la CCPQ, on se porte à la défense de l'autonomie des établissements, considérée comme essentielle pour une administration efficace, des coûts moindres et des services de qualité. Dans cette optique, on critique particulièrement l'emprise sur les établissements accordée aux ORAS par le projet de loi :

> cela nous paraît un drôle de système du point de vue administratif que de dire à un directeur général d'hôpital : Dorénavant, vous aurez deux patrons : votre conseil d'administration nommé de la façon X, Y ou Z plus l'ORAS, dans une certaine mesure, lesquels n'ont pas d'autorité non plus au point que – il y a un article, je pense, qui dit que le directeur général, au point de vue de l'organisation de sa maison, ne peut absolument pas décider de son chef avant d'avoir soumis à... C'est difficile, pour un administrateur, vous savez, de gérer quand il ne peut rien décider. S'il est obligé d'attendre longtemps – c'est peut-être un pléonasme

> que j'emploie – souvent l'efficacité administrative va s'en ressentir et les coûts également, et la qualité du service aussi. Il ne faut pas l'oublier non plus. (Québec, 1971, 5 octobre)

Sous certains aspects, cette critique rejoint celle de certains groupes populaires et des syndicats qui, comme nous l'avons vu, dénoncent les pouvoirs importants attribués aux ORAS (dans le cas des centrales syndicales, on dénonce surtout les pouvoirs d'enquête « exorbitants » accordés à ces instances et au gouvernement), qu'on considère comme une instance bureaucratique supplémentaire ou encore comme le prolongement administratif du ministère. Une nuance importante s'impose cependant. Il est très clair, dans le cas des mouvements syndical et populaire, que les réticences à l'égard des ORAS sont dues principalement, voire même uniquement au fait que ces instances sont perçues comme ne permettant pas une participation populaire réelle au niveau régional. C'est dans cette optique qu'elles apparaissent aux yeux de certains groupes populaires comme une menace pour les initiatives populaires locales qui sont, quant à elles, caractérisées par leur très forte dimension participative et démocratique.

Autrement dit, c'est au nom d'une réelle démocratisation des institutions du réseau que, du côté syndical et populaire, on critique les ORAS. D'ailleurs, dans la mesure où ils seraient réellement démocratisés – c'est-à-dire dans la mesure où ils seraient constitués en majorité absolue de personnes élues par la population –, les syndicats réclament pour leur part un *élargissement* des pouvoirs de ces organismes ou, autrement dit, une décentralisation réelle du pouvoir au niveau régional. Et si les centrales syndicales s'insurgent contre les pouvoirs d'enquête jugés démesurés des ORAS, c'est en bonne partie parce qu'elles considèrent qu'une révocation ou une mise en tutelle des administratrices et des administrateurs élus par la population serait anti-démocratique.

Si cette revendication d'une démocratisation réelle du réseau est la motivation principale qui pousse les groupes populaires et les centrales syndicales à critiquer les ORAS et les modalités de la décentralisation, elle n'est pas présente du côté des

organisations issues du milieu des affaires, au contraire. Ainsi, bien qu'elle ne se prononce pas directement contre l'ouverture à la participation populaire prévue par le projet de loi, l'ADEP déplore que la composition des conseils d'administration – et notamment celle des ORAS – laisse une place prépondérante à ce qu'elle appelle les « gens intéressés » (comprendre les consommatrices et les consommateurs de services ou, autrement dit, la population) par opposition aux « gens concernés » (c'est-à-dire les personnes oeuvrant à l'intérieur du réseau) :

> Nous croyons également que, dans le bill 65, on porte autant et parfois plus d'attention aux gens intéressés qu'aux gens concernés eux-mêmes. Je donne un exemple tout bonnement, quitte à vérifier le bien-fondé de ce que j'affirme. Je pense que la structure des ORAS prévoit 20 personnes, et sur les 20, je pense qu'il y en a 11 qui viennent des milieux intéressés plutôt que des milieux concernés. Alors, c'est presque, si mon calcul est juste, donner autorité à celui qui n'est pas le premier responsable. (Québec, 1971, 5 octobre)

Quant à la CCPQ, elle ne se prononce pas, dans son commentaire d'août 1971, sur l'enjeu de la participation et du mode de désignation des membres des conseils d'administration. Cependant, le commentaire publié en janvier 1972 suite à l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* nous donne certaines indications intéressantes à cet égard. En effet, ce commentaire nous apprend que bien que le milieu des affaires n'ait pratiquement pas (du moins pas officiellement) participé aux débats sur le projet de loi 65, plusieurs modifications – et notamment des modifications quant au mode d'élection des administratrices et des administrateurs – ont été apportées au projet de loi *qui correspondent pour la plupart à ses attentes* :

> Le législateur a permis aux groupes intéressés de faire des représentations devant la Commission parlementaire qui a étudié ce projet de loi. Beaucoup de modifications ont été apportées et elles répondent en grande partie aux vœux que nous formulions dans notre commentaire sur ce projet de loi contenu dans le Volume IX, no 6 paru le 5 août 1971, en modifiant les points suivants : 1) Décentralisation des contrôles administratifs ; 2) Modifications aux modes d'élection des administrateurs ; 3) Redéfinition des notions d'établissements publics et privés et des modalités de subventions. (CCPQ, 1972, janvier)

Comme on peut le constater, la CCPQ exprime sa satisfaction à l'égard de plusieurs modifications apportées au projet de loi, modifications qui concernent les principaux enjeux soulevés par elle-même ainsi que par l'ADEP. Ceci pose évidemment la question des facteurs expliquant ce rapprochement entre la loi finalement adoptée et le point de vue de la classe capitaliste alors que, comme nous l'avons vu, celle-ci s'est relativement peu mobilisée à ce sujet. Nous reviendrons sur cette question au prochain chapitre, qui s'attarde plus spécifiquement à l'évolution du rapport de force entre les classes. Pour l'instant, le bref commentaire sur la LSSSS publié en 1972 par la CCPQ nous indique clairement qu'une analyse des différences entre le projet de loi et la loi adoptée en décembre 1971 nous informera davantage, sur ces différents enjeux, de la position du milieu des affaires.

6.3 La Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971)

En dehors des changements – significatifs – qui concernent la composition du conseil d'administration des CLSC, les dispositions de la LSSSS portant directement sur ces nouveaux établissements diffèrent peu de celles contenues dans le projet de loi. Néanmoins, le modèle des CLSC ne pouvant être compris indépendamment du réseau socio-sanitaire dans son ensemble, plusieurs modifications importantes apportées au projet de loi contribuent à redéfinir indirectement ce modèle et méritent en cela d'être soulignées. Cette section présentera donc ces principales modifications, en insistant sur leurs impacts pour le modèle des CLSC. Il s'agira également de voir dans quelle mesure elles éloignent ou rapprochent les différentes dispositions de la LSSSS du point de vue respectif des classes capitaliste et laborieuse.

6.3.1 Clarification des grands objectifs de la loi et reconnaissance formelle du droit (limité) aux services de santé et aux services sociaux

On se souvient que le projet de loi 65 était peu explicite sur le « contenu substantiel » de la réforme du système de santé et de services sociaux. À cet égard, la LSSSS introduit une nouveauté importante en précisant les grands objectifs de la loi et en reconnaissant officiellement le droit aux services de santé et aux services sociaux. Bien que ni les grandes centrales syndicales ni les groupes populaires n'aient réclamé de telles précisions, elles contribuent clairement à rapprocher la loi du point de vue des travailleuses et travailleurs, malgré certaines limites qui renvoient quant à elles à des préoccupations typiques du milieu des affaires.

Ainsi, l'article 3 précise que les pouvoirs conféré à la ministre ou au ministre par la loi doivent être exercés en fonction d'objectifs qui reflètent la conception globale, sociale et préventive de la santé historiquement portée par les mouvements syndical et populaire (et mise de l'avant par la CESBES) :

> Le ministre exerce les pouvoirs que la présente loi lui confère de façon : a) à améliorer l'état de santé de la population, *l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes* ; b) à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, *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* [...]. (LSSSS, 1971, art. 3)

À cet égard, certaines précisions sont aussi faites au niveau de la définition des diverses catégories d'établissement. En effet, l'intégration des divers types de soins (prévention, traitement, réadaptation) au sein de chaque catégorie d'établissement[445] – considérée

[445] À l'exception notable des « cabinets privés de professionnels », sur lesquels nous reviendrons dans la prochaine section et qui ne sont de toute façon pas considérés comme des « établissements » aux termes de la loi.

par la CESBES comme essentielle à la réalisation d'une approche globale et préventive – est clairement établit dans la LSSSS, alors que le projet de loi ne faisait de telles précisions que pour les centres hospitaliers.

Ainsi, on maintient pour ces derniers leurs fonctions, déjà prévues dans le projet de loi, en matière « de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation, physique ou mentale » (LSSSS, 1971, art. 1). On ajoute aux centres de services sociaux le mandat d'offrir, entre autres, « des services de prévention, de consultation, de traitement psychosocial ou de réadaptation » (LSSSS, 1971, art. 1). De même, les centres d'accueil ont aussi maintenant, en plus de leurs fonctions centrales en matière d'hébergement, le rôle de « traiter ou réadapter » les personnes (LSSSS, 1971, art. 1). Enfin, la définition des CLSC est elle aussi modifiée pour ajouter les « services de prévention » aux services d'action sanitaire et sociale déjà prévus par le projet de loi. La conception de la santé dans laquelle s'inscrit le modèle des CLSC s'en trouve donc précisée.

De plus, la LSSSS énonce clairement d'autres objectifs qui rejoignent aussi les préoccupations exprimées par le mouvement syndical depuis la fin des années 1950 et, plus récemment, par le mouvement populaire. En effet, l'article 3 spécifie également que le ministre devra exercer ses fonctions de manière à encourager la participation de la population dans la gestion du réseau et à favoriser une meilleure adaptation des services aux besoins socio-sanitaires de chaque région par le biais d'une répartition plus rationnelle des ressources et d'une gestion plus efficace des services :

> Le ministre exerce les pouvoirs que la présente loi lui confère de façon : [...] c) à encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer *à l'instauration, a l'administration et au développement des établissements* de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement ; d) à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible ; e) à favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour

> rendre plus efficaces les services offerts à la population [...]. (LSSSS, 1971, art. 3)

Ensuite, la LSSSS innove en reconnaissant officiellement le « Droit aux services de santé et aux services sociaux », répondant ainsi à une revendication de longue date du mouvement syndical. Cependant, elle stipule aussi clairement que ce droit est limité par l'organisation et les ressources dont disposent les établissements :

> Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, *compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services*. (LSSSS, 1971, art. 4)

Autrement dit, bien que cette reconnaissance formelle du droit aux services socio-sanitaires rapproche la LSSSS du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de politiques sociales et de santé, elle prend une forme qui rappelle, au moins partiellement, les positions défendues par le milieu des affaires, et notamment par la CCPQ durant les débats sur l'assurance-maladie. Rappelons que dans le mémoire déposé devant la CESBES en 1966 (voir supra, chapitre 4, section 4.1.1), la CCPQ reconnaissait l'existence d'un droit à la santé, tout en insistant fortement toutefois sur les capacités financières limitées de la province et sur les contraintes que cela supposait en matière d'investissements publics dans ce domaine, d'où la nécessité de limiter l'intervention de l'État au soutien financier des personnes « indigentes ». Si les actions du MAS à partir de la fin des années 1960 iront au contraire résolument dans le sens d'une intervention de type universelle, il n'en demeure pas moins que la LSSSS institutionnalisera, en même temps que le droit aux services socio-sanitaires, le principe de limites financières balisant ce droit.

Le ministre Castonguay est d'ailleurs très clair à cet égard. Dans un discours prononcé au terme de l'audition des mémoires devant la commission permanente chargée d'étudier le projet de loi, il annonce son intention d'introduire la reconnaissance du

droit aux services socio-sanitaires dans la version finale de la loi, et il fait à cette occasion la précision suivante :

> Maintenant, tous ces droits, et je pense qu'il est bon de faire cette remarque, sont des droits de la nature de droits sociaux et ce ne sont pas des droits aussi absolus que les droits civils par exemple. *Ils doivent être conditionnés par l'état de l'organisation et la quantité des ressources disponibles*. Il est nécessaire, je crois, il est bon de reconnaître ces droits mais je veux simplement insister sur le fait que les dispositions du projet de loi comporteront, évidemment, cette limitation, qui se retrouve dans les faits de toute façon, qu'il s'agit de droits qui peuvent être exercés dans la mesure et compte tenu de l'organisation et des ressources disponibles. (Québec, 1971, 2 décembre)

La LSSSS répond aussi à une autre préoccupation exprimée par le milieu des affaires devant la CESBES et par l'ADEP au moment des débats sur le projet de loi 65. En effet, elle reconnait officiellement certains principes fondamentaux de la médecine libérale, à savoir la liberté de choix des personnes quant à leur médecin et quant à leur établissement, ainsi que le droit pour les médecins de choisir leurs patientes et leurs patients :

> Sous réserve de l'article 5 [qui interdit toute forme de discrimination] et de toute autre disposition législative applicable, rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a une personne qui réside au Québec de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux, ni la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter cette personne. (LSSSS, 1971, art. 6)

De manière peut-être encore plus significative, la LSSSS se rapproche aussi de la position du milieu des affaires concernant la place du secteur privé dans le futur réseau socio-sanitaire.

6.3.2 Une reconnaissance formelle du secteur privé

Nous avons vu qu'à l'encontre des recommandations de la CESBES, le projet de loi 65 laissait la porte ouverte non seulement à l'existence d'établissements socio-sanitaires privés, mais aussi à la possibilité, pour l'État, de subventionner de tels établissements. Or, malgré les revendications exprimées conjointement par les centrales syndicales et les groupes populaires, la LSSSS va encore plus loin que le projet de loi : si elle consacre, comme prévu dans le projet de loi, les pratiques de subventions publiques aux établissements à but lucratif, elle reconnaît aussi beaucoup plus clairement la place du secteur privé dans le réseau de la santé et des services sociaux ou, autrement dit, la coexistence des établissements publics et privés. Une section de la loi – absente du projet de loi – est d'ailleurs dédiée à définir et à distinguer clairement les établissements publics des établissements privés (LSSSS, 1971, §4), et le premier article de cette section stipule clairement que « [t]out établissement est public ou privé. » (LSSSS, 1971, art. 8). La LSSSS répond ainsi directement aux préoccupations de l'ADEP, d'autant plus qu'elle reconnait aussi officiellement les « établissements privés *conventionnés* », définis comme « un établissement privé qui a conclu avec le ministre une convention prévue à l'article 134 » (LSSSS, 1971, art. 1).

Fait intéressant, l'article 134 de la LSSSS diffère sensiblement de l'article 136 du projet de loi, article décrié tant par la CCPQ que par l'ADEP. En effet, les dispositions stipulant dans le projet de loi que les honoraires d'administration versés aux établissements privés doivent tenir compte « du rendement moyen, dans la région où est situé l'institution privée, des investissements financiers dans les institutions de la même catégorie » (Bill 65, 1971, art. 136) sont absentes de l'article 134. Autrement dit, on abandonne les dispositions qui assurent que le financement des établissements privés se fera à des taux ne pouvant pas dépasser ceux des établissements publics. De plus, plutôt que d'être calculés en fonction de « la valeur de l'investissement financier

du propriétaire dans l'institution privé » (Bill 65, 1971, art. 136), ce que dénonce la CCPQ, ces honoraires seront calculés en fonction des « dépenses d'opération encourues par l'établissement pour dispenser les services faisant l'objet de la convention. » (LSSSS, 1971, art. 134)

Par ailleurs, la LSSSS maintient l'existence des corporations (privées mais sans but lucratif) propriétaires des établissements qui deviendront des établissements publics aux termes de la loi, ce qui n'était pas non plus le cas dans le projet de loi. En effet, la LSSSS prévoit deux types d'établissements publics : 1) « Est un établissement public tout centre local de services communautaires ainsi que tout autre établissement maintenu par une corporation constituée en vertu de la présente loi ou résultant d'une fusion ou conversion faite en vertu de la présente loi » (LSSSS, 1971, art. 9) ; et 2)

> Est aussi un établissement public tout centre hospitalier ou centre de services sociaux qui est maintenu par une corporation sans but lucratif autre qu'une corporation visée à l'article 9 ainsi que, sous réserve de l'article 11, tout centre d'accueil maintenu par une telle corporation. (LSSSS, 1971, art. 10)

Nous verrons plus loin que la LSSSS préserve également une place importante pour ces corporations sur les conseils d'administration des établissements publics désignés à l'article 10.

De plus, et avec des conséquences plus directes pour l'avenir des CLSC, la LSSSS reconnait aussi formellement la pratique médicale (individuelle ou de groupe) en cabinets privés. Alors qu'ils sont à peine mentionnés dans le projet de loi, les cabinets privés trouvent leur place aux côtés des autres établissements du réseau dans les principales définitions qui introduisent la loi. Un « cabinet privé de professionnel » est ainsi défini comme « un endroit situé ailleurs que dans un établissement où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte » (LSSSS, 1971, art. 1). Les bases légales pour que les cabinets privés de médecins se perpétuent

comme alternative aux CLSC sont donc clairement posées. La définition même des CLSC est d'ailleurs, dans la LSSSS, modifiée d'une manière qui reflète cela : le centre local de service communautaire est

> une installation *autre qu'un cabinet privé de professionnel* où on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaires et sociales, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide [...]. (LSSSS, 1971, art. 1)[446]

Soulignons ici que ces cabinets privés sont par ailleurs exemptés des obligations que la loi impose aux autres établissements, y compris, dans une certaine mesure, aux établissements privés. En effet, même si ces derniers ne sont pas soumis à plusieurs dispositions importantes de la loi (et notamment aux dispositions concernant la structure administrative et de gestion interne qui s'appliquent aux établissements publics), ils doivent néanmoins se soumettre à certaines conditions pour obtenir et préserver un permis, ce qui n'est pas le cas des cabinets privés. Ainsi, alors que les cabinets privés de médecins sont pour la plupart entièrement financés par l'État (par le biais de la nouvelle régie de l'assurance-maladie du Québec), la LSSSS ne prévoit pour eux aucune obligation concernant l'ouverture à la participation populaire ou l'intégration des soins préventifs, curatifs et de réadaptation, et ils ne sont pas non plus soumis, au contraire des autres établissements (y compris les établissements privés), au contrôle gouvernemental de leurs budgets ou de la qualité des services.

Dans la version finale de la loi, les CLSC s'inscrivent donc dans un réseau au sein duquel cohabitent un secteur public et un secteur privé officiellement reconnu. Or, nous verrons maintenant qu'ils s'inscrivent également dans un réseau qui préserve une large

---

[446] Tel que mentionné dans la section précédente, on constate de plus que la dimension préventive du rôle des CLSC est ici mentionnée explicitement, alors qu'elle était absente de la définition contenue dans le projet de loi.

part d'autonomie aux établissements et ce, au détriment du projet de décentralisation régionale promut par la CESBES et défendu par les centrales syndicales.

6.3.3 Des ORAS aux CRSSS : l'autonomie des établissements plutôt que la décentralisation régionale

La comparaison du projet de loi avec la loi finalement adoptée permet de constater des modifications considérables concernant l'enjeu de la décentralisation régionale et de l'autonomie des établissements. La différence principale à cet égard tient au fait que les ORAS du projet de loi sont dans la LSSSS remplacés par des « conseils régionaux de la santé et des services sociaux » (CRSSS) qui, comme leur nom l'indique, sont dépouillés de l'essentiel des pouvoirs qui leur était attribués dans le projet de loi et n'ont plus qu'une fonction de « conseil » auprès du ministère et des établissements. Autrement dit, l'idée – qui était au cœur de la réforme imaginée par la CESBES et qui était aussi fortement mise de l'avant par le mouvement syndical – de créer des instances régionales fortes et dotées de pouvoir réels sur les établissements afin de favoriser une planification et une coordination régionales des services ainsi qu'une gestion décentralisée et, dans une certaine mesure, démocratisée du réseau est largement abandonnée dans la LSSSS.

Dans l'allocution prononcée au terme de l'audience des mémoires en commission parlementaire, Castonguay expose clairement les deux options qui, de son point de vue, sont susceptibles de répondre aux réticences exprimées par divers groupes à l'égard des ORAS :

> On a vu, dans les offices tels qu'ils étaient proposés, un lien ou un palier qui alourdirait le système aussi bien au plan des communications et des prises de décision. On a craint que les pouvoirs d'enquête qui étaient proposés deviennent abusifs. On a craint que ce palier ajoute à la structure bureaucratique de tout le système. Nous avons, à notre avis, deux options, soit vraiment décentraliser au

> niveau des offices ou encore les transformer en des organismes à caractère plutôt de participation à l'identification des besoins de promotion de cette participation ou du développement des services d'étude, de consultation, de liaison au besoin, sur certains plans entre le ministère et la population. (Québec, 1971, 2 décembre)

À cette même occasion, le ministre établit aussi très clairement que les choix faits quant à l'enjeu de la décentralisation auront un impact direct sur le degré d'autonomie des établissements, ainsi que sur le degré d'ouverture à la participation au niveau régional :

> Ce sont les deux choix et, selon le choix qui est fait, je crois qu'on fixe dans une certaine mesure tout l'équilibre de cette loi. S'il y a décentralisation [au niveau régional], il n'est pas nécessaire de décentraliser autant au niveau des institutions locales ou de laisser autant de latitude, étant donné le rapprochement, par le truchement des offices, au plan régional. Si c'est la deuxième voie qui est choisie, il apparaît alors nécessaire de faire en sorte que les rôles entre le ministère et les multiples institutions soient aussi bien clarifiés que possible, de telle sorte qu'on laisse davantage d'autonomie au niveau des institutions, quoique ce soit à ce niveau-la [sic] que l'équilibre de loi [sic] va s'établir. Selon également le rôle de ces organismes [régionaux], on peut imaginer que la composition de leurs conseils d'administration variera selon les choix qui seront faits. (Québec, 1971, 2 décembre)

L'analyse de la LSSSS permet de constater que c'est finalement la seconde option qui a été retenue, à savoir celle d'une plus grande autonomie pour les établissements, mais au détriment d'une décentralisation régionale réelle. On constate d'abord que les nouveaux CRSSS préservent bien sûr les fonctions de « conseil », de « communication » et de « recommandation » attribuées aux ORAS. Dans le même registre, les CRSSS se voient aussi confier, et ceci est une nouveauté, la fonction « de susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins en matière de services de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services » (LSSSS, 1971, art. 16).

On constate aussi qu'un des pouvoirs que la CESBES prévoyait pour les ORS – et qui, étonnamment, était absent du projet de loi – est accordé aux CRSSS : en cohérence

avec leur rôle en matière de participation, c'est à ces instances régionales qu'est attribuée la fonction « de réglementer et surveiller l'élection des membres des conseils d'administration des établissements, lorsque la présente loi pourvoit à une telle élection » (LSSSS, 1971, art. 17) ainsi que celle de déterminer « la procédure qui doit être suivie pour la nomination des membres des conseils d'administration des établissements lorsque ces membres doivent, en vertu de la présente loi, être nommés conjointement par plusieurs établissements ou organismes » (LSSSS, 1971, art. 18), ces règlements et procédures devant bien sûr être approuvés par le lieutenant-gouverneur en conseil. S'ajoute à cela la responsabilité, lorsque la nomination ou l'élection d'un membre du conseil d'administration d'un établissement n'a pas eu lieu, de faire la nomination (LSSSS, 1971, art. 55).

Cependant, en dehors des procédures d'élection et de nomination des membres des conseils d'administration, les CRSSS n'ont pas pour fonction, contrairement aux ORAS du projet de loi, « de surveiller et réglementer l'activité » des établissements du réseau (Bill 65, 1971, art. 4). Alors que l'article 36 du projet de loi conférait aux ORAS des pouvoirs importants de réglementation concernant la gestion interne des établissements, la LSSSS précise clairement que le conseil d'administration des établissements publics « a autorité complète sur la gestion de l'établissement. » (LSSSS, 1971, art. 49) Précisons d'ailleurs à cet égard que les conseils d'administration des établissements préservent dans la loi le pouvoir, déjà prévu dans le projet de loi, de désigner eux-mêmes directement la directrice ou le directeur général de l'établissement.

Dans la LSSSS, les CRSSS n'ont pas non plus les pouvoirs d'enquête considérables qui étaient attribués aux ORAS dans le projet de loi. Leur rôle à cet égard se limite désormais à

> recevoir et entendre les plaintes des personnes auxquelles un établissement situé dans la région pour lequel le conseil est institué n'a pas fourni les services de

> santé et les services sociaux que la présente loi leur donne droit de recevoir, et de faire à l'établissement en cause et au ministre les recommandations qu'il juge appropriées à ce sujet [...]. (LSSSS, 1971, art. 16)

Les pouvoirs d'enquête sont donc désormais entièrement réservés au ministre et au lieutenant-gouverneur en conseil (LSSSS, 1971, art. 101 et 128). Cependant, la suspension, annulation ou révocation d'un permis par le ministre est soumise à une procédure d'appel en Cour provinciale (LSSSS, 1971, art. 104 à 119). Le pouvoir du ministre sur les établissements s'en trouve donc limité, même si la loi préserve la possibilité pour le ministre (toujours sous la supervision du lieutenant-gouverneur en conseil) de mettre en tutelle les établissements en cas d'absence, de suspension ou de révocation de permis, de même qu'en cas de malversations ou de manquement grave de la part du conseil d'administration (LSSSS, 1971, art. 120 à 127)

De même, alors que le projet de loi prévoyait que les ORAS seraient chargés d'élaborer et de soumettre au ministre des projets quinquennaux de développement à partir desquels celui-ci pourrait préparer un programme de développement (Bill 65, 1971, art. 6), la LSSSS souligne plutôt le rôle des établissements eux-mêmes dans l'élaboration de ces programmes. Elle précise ainsi que les CRSSS ont pour fonction « de conseiller et d'assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement des services de santé et des services sociaux » (LSSSS, 1971, art. 16), sans mentionner le rôle du ministre à cet égard. Autre différence importante, les budgets élaborés par les établissements n'ont pas à transiger par les CRSSS, contrairement à ce qui était prévu dans le projet de loi, qui attribuait aux ORAS un rôle de recommandation auprès du ministre à ce sujet (Bill 65, 1971, art. 7 et 137). La LSSSS stipule plutôt que les budgets des établissements doivent être soumis directement au ministre (LSSSS, 1971, art. 135).

La LSSSS institue donc un réseau de la santé et des services sociaux qui, en comparaison avec le projet de loi 65, abandonne pour l'essentiel le projet de

décentralisation régionale et attribue du même coup une autonomie beaucoup plus grande aux établissements, notamment au niveau de leur gestion interne et de l'élaboration des programmes. Ceci a évidemment des implications importantes pour le modèle des CLSC, qui se voit lui aussi accorder une autonomie plus importante que ce qui était envisagé par la CESBES et que ce qui était prévu par le projet de loi.

Nous verrons plus loin (chapitre 8) que, sur le terrain, des actrices et acteurs issus de la classe des travailleuses et des travailleurs s'appuieront sur cette autonomie pour, dans plusieurs cas, s'approprier le modèle des CLSC et le rapprocher de celui des cliniques populaires. Il n'en demeure pas moins qu'au moment de l'adoption de la loi, cette préservation de l'autonomie des établissements correspond davantage aux préoccupations du milieu des affaires – qui défend ainsi l'autonomie non seulement des établissements privés, mais aussi des hôpitaux et centres d'accueil dont les conseils d'administration sont traditionnellement constitués en bonne partie de personnes issues de l'élite économique (voir le chapitre suivant, section 7.3) – qu'à celles du mouvement syndical et des groupes populaires.

Nous avons vu en effet que c'est avant tout la démocratisation réelle du réseau – tant au niveau local que régional – qui est revendiquée par la classe des travailleuses et des travailleurs, et que les réserves exprimées à l'égard des ORAS tiennent davantage à leur ouverture insuffisante à la participation populaire qu'aux pouvoirs sur les établissements qui leur sont attribués. C'est d'ailleurs dans cette perspective que les groupes populaires craignent la récupération ou la prise de contrôle, par ces instances régionales jugées non démocratiques, des initiatives démocratiques des citoyennes et des citoyens[447]. C'est aussi dans cette optique que les centrales syndicales critiquent les pouvoirs d'enquêtes accordés aux ORAS et au ministre, pouvoirs jugés

[447] Précisons que la LSSSS tente maladroitement de répondre à ces craintes en stipulant que la loi et ses règlements « 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, 1971, art. 2)

antidémocratiques parce qu'ils pourraient mener à la révocation d'administratrices ou d'administrateurs élus. Plus encore, l'abandon du projet de décentralisation va clairement à l'encontre des revendications des syndicats qui, devant la commission parlementaire, plaidaient au contraire vigoureusement pour une décentralisation réelle du régime, c'est-à-dire pour un *élargissement* des pouvoirs attribués aux ORAS, du moins dans la mesure où la composition de ces organismes serait elle aussi modifiée pour permettre une ouverture réelle à la participation populaire.

Ce recul par rapport au projet de loi signifie également que la volonté de planification, d'intégration, de coordination et de rationalisation des services – qui était centrale dans les recommandations de la CESBES en plus d'être une des revendications portées historiquement par le mouvement syndical – est elle aussi largement abandonnée. Ne subsiste plus de ces intentions que les pouvoirs de recommandation des CRSSS à cet égard : ils doivent ainsi faire des recommandations annuelles auprès du ministre afin « d'assurer la répartition adéquate [...] des ressources consacrées à la santé et aux services sociaux et la meilleure utilisation possible des ressources disponibles » (LSSSS, 1971, art. 16) ; ils ont aussi pour rôle de « promouvoir la mise en place de services communs à ces établissements, l'échange de services entre eux, l'élimination des dédoublements de services et une meilleure répartition des services dans la région » (LSSSS, 1971, art. 16).

On constate donc que les CLSC évolueront dans un environnement institutionnel passablement différent de celui qui était envisagé au départ par les réformatrices et les réformateurs de la CESBES. Voyons maintenant comment ce rééquilibrage sur de plan de la décentralisation régionale et de l'autonomie des établissements s'accompagne également de modifications significatives dans la structure administrative des établissements, modifications qui ont bien sûr un impact sur l'ouverture à la participation et sur le pouvoir des simples citoyennes et citoyens face à celui des élites traditionnelles et, en particulier, des professionnelles et professionnels.

6.3.4 Avancées et reculs de la participation : quel pouvoir pour les citoyennes et les citoyens ?

L'analyse de la composition des conseils d'administration prévue par la LSSSS permet d'abord de constater, lorsqu'on compare la loi au projet de loi, une diminution significative de l'emprise du lieutenant-gouverneur en conseil sur la désignation des membres des conseils d'administration des CRSSS et des établissements du réseau, à l'exception notable des CLSC (nous y reviendrons plus loin). Ceci répond aux inquiétudes tant des mouvements syndical et populaire que du milieu des affaires qui, comme nous l'avons vu, craignent pour des raisons différentes une centralisation trop forte du pouvoir entre les mains du ministre et du gouvernement.

Ainsi, alors que dans le projet de loi la totalité des administratrices et administrateurs des ORAS étaient nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil (en consultation avec les universités, les établissements et les groupes socio-économiques de la région), celui-ci ne nomme plus que deux personnes sur les conseils d'administration des CRSSS « après consultation des groupes socio-économiques les plus représentatifs de la région » (LSSSS, 1971, art. 21). Quatre personnes sont désormais élues « par les maires des municipalités de la région pour laquelle le conseil régional est institué » (LSSSS, 1971, art. 21), et le reste des membres est nommé directement, dans des proportions fidèles au projet de loi, par les universités, cégeps et établissements socio-sanitaires de la région. Mentionnons également que la directrice ou le directeur général des CRSSS, qui siège avec voix consultative seulement au conseil d'administration, est aussi nommé directement par ce dernier (LSSSS, 1971, art. 35) plutôt que par le lieutenant-gouverneur en conseil à partir d'une liste de trois personnes soumises par le conseil comme le prévoyait le projet de loi (Bill 65, 1971, art. 24).

On constate donc une ascendance moins forte du gouvernement et un plus grand contrôle des établissements sur les CRSSS, ce qui répond aux préoccupations du milieu

des affaires concernant l'autonomie des établissements. On peut penser que dans le contexte où les CRSSS ne sont plus que des organismes consultatifs sans pouvoirs réels, le gouvernement était moins réticent à relâcher son emprise sur ces instances. Néanmoins, même dans ce contexte, il n'ira pas jusqu'à permettre une véritable démocratisation des CRSSS. En effet, à l'encontre des revendications syndicales et populaires en ce sens, et bien que les pouvoirs des CRSSS soient fortement réduits, on ne peut pas parler au niveau régional d'une ouverture plus large à la participation *populaire.*

Ainsi, les représentants et représentantes de la population sont désignées non pas directement par la population elle-même mais bien, comme nous l'avons vu, par le lieutenant-gouverneur en conseil (en consultation avec les groupes socio-économiques) ainsi que par les maires des municipalités de la région ou, autrement dit, par les élites politiques locales. De plus, ces personnes issues de la population (plutôt que du réseau socio-sanitaire lui-même) restent largement minoritaires puisque, comme dans le projet de loi, elles ne représentent que six membres sur 21, ou neuf si on ajoute les membres nommés par les universités et les cégeps (qui sont cependant représentés à titre d'institutions de recherche et de formation pour le personnel appelé à œuvrer au sein du réseau). Les inquiétudes exprimées par l'ADEP à l'égard d'une surreprésentation de personnes « intéressées » au détriment des « principaux responsables » ne s'avèrent donc pas.

Néanmoins, à défaut de véritablement ouvrir les CRSSS à une participation populaire *décisionnelle*, la LSSSS maintient le principe d'une participation *consultative* et préserve l'obligation, pour les CRSSS, de « tenir au moins une fois par année une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population de la région pour laquelle ce conseil est institué. » (LSSSS, 1971, art. 20)

Au niveau des centres hospitaliers, centres de services sociaux et centres d'accueil, des modifications significatives sont aussi apportées qui vont également dans le sens d'un

contrôle moins grand du lieutenant-gouverneur en conseil (LSSSS, 1971, art. 51, 52 et 53). Plutôt que de nommer la moitié des membres des conseils d'administration en consultation avec les groupes socio-économiques les plus représentatifs de la région, comme cela était prévu dans le projet de loi, le lieutenant-gouverneur en conseil n'en nomme plus que deux. Il est intéressant également de mentionner que les CRSSS ne sont pas représentés sur les conseils d'administration des établissements, contrairement aux ORAS auxquels le projet de loi réservait un (dans le cas des CLSC et des centres d'accueil) ou deux sièges (dans le cas des centres hospitaliers et des centres de service social).

Deux autres nouveautés dans la composition des conseils d'administration des centres hospitaliers, centres de services sociaux et centres d'accueil sont également dignes de mention. D'abord, on assure une place significative (quatre sièges dans le cas des centres hospitaliers et des centres de service social, et deux dans le cas des centres d'accueil) aux corporations privées (mais sans but lucratif) qui ont jusqu'à l'adoption de la LSSSS été les propriétaires de la plupart des établissements du réseau. Autrement dit, malgré leur conversion officielle en établissements publics, on assure au moins partiellement la continuité du pouvoir des dirigeants et des dirigeantes traditionnelles de ces établissements.

Ensuite, on accorde deux sièges *aux usagers et aux usagères des services* (et non à la population du territoire en général), qui peuvent élire leurs représentantes et leurs représentants durant une assemblée annuelle convoquée à cette fin[448]. Il semble d'ailleurs que cette assemblée (LSSSS, 1971, art. 54) remplace l'obligation pour les établissements de tenir les séances annuelles d'information prévues dans le projet de loi puisque sauf pour les CRSSS, celles-ci sont absentes de la LSSSS. De plus, la loi

[448] Par exemple : « Un centre hospitalier est administré par un conseil formé des membres suivants [...] : a) deux personnes majeures élues pour un an par l'assemblée des personnes qui détiennent une carte ou sont inscrites à un registre, établissant que le centre leur a fourni des services de santé au cours des trois années précédentes » (LSSSS, 1971, art. 51).

précise, contrairement au projet de loi, qu'au moins un des membres (sur six) du comité administratif (c'est-à-dire du comité restreint issu du conseil d'administration et chargé de l'administration courante) doit être une des personnes élues par les usagères et usagers (LSSSS, 1971, art. 62).

On constate donc ici des avancées vers une certaine ouverture à la participation populaire. Cependant, on reste très loin de la participation majoritaire réclamée par les centrales syndicales et les groupes populaires. Ainsi, les sièges restants sur le conseil d'administration des centres hospitaliers, centres de service social et centres d'accueil sont, comme dans le projet de loi, réservés au directeur ou à la directrice générale (avec voix consultative seulement) et à des personnes issues du réseau socio-sanitaire, c'est-à-dire élues par le personnel professionnel, non professionnel et médical (dans le cas des centres hospitaliers) de l'établissement concerné, ainsi que par les université et autres établissements auxquels il est lié.

Les personnes directement élues par la population occupent donc deux sièges sur un total de 14 (ou 12 dans le cas des centres d'accueil) ; et même si on ajoute à cela les deux personnes nommées par le lieutenant-gouverneur en conseil (supposées être représentatives de la population du territoire), les administratrices et administrateurs issus de la population occupent désormais quatre sièges (sur 14 ou sur 12), alors que le projet de loi prévoyait que la moitié des sièges serait attribuée à des personnes nommées en consultation avec les groupes socio-économiques. Encore une fois, il s'agit là de proportions susceptibles de rassurer les inquiétudes de l'ADEP à l'égard d'une trop grande place accordée aux personnes « intéressées » plutôt qu'aux personnes « responsables » ou « concernées ».

Plus important pour le sujet qui nous concerne, les timides avancées qui peuvent être observées au niveau des centres hospitaliers, centres de service social et centre d'accueil s'accompagnent de certains reculs au niveau des CLSC, même si ceux-ci demeurent, comme dans le projet de loi, les établissements qui incarnent le plus les

velléités d'ouverture à la participation populaire. Précisons d'abord que la LSSSS attribue, au même titre que le projet de loi, cinq sièges sur le conseil d'administration des CLSC aux représentantes et représentants de la population (ou plutôt aux usagères et aux usagers des services) (LSSSS, 1971, art. 50). Elle garantit également, comme pour les autres établissements, qu'au moins une de ces personnes siège sur le comité administratif (LSSSS, 1971, art. 62). Cependant, deux changements apportés à la composition des conseils d'administration des CLSC viennent modifier l'équilibre des pouvoirs au sein de ces établissements.

D'abord, alors que dans les autres établissements on constate une diminution du pouvoir de nomination du lieutenant-gouverneur en conseil, c'est l'inverse qui se produit ici. Rappelons que dans le projet de loi, les CLSC étaient les seuls établissements pour lesquels le lieutenant-gouverneur en conseil ne nommait aucune représentante ni aucun représentant au conseil d'administration. Néanmoins, le projet de loi réservait un siège pour les ORAS, eux-mêmes fortement contrôlés par le lieutenant-gouverneur en conseil. La LSSSS élimine ce siège et le remplace par *deux* personnes nommées directement par le lieutenant-gouverneur en conseil[449]. De plus, on accorde aussi un siège à une personne élue par le personnel non professionnel, ce qui correspond partiellement aux demandes formulées par les centrales syndicales. En effet, si celles-ci souhaitaient que les travailleuses et travailleurs salariés soient représentés sur les conseils d'administration des établissements, elles revendiquaient également *une majorité absolue pour les simples citoyennes et citoyens*.

Or, ces deux modifications dans la composition du conseil d'administration des CLSC ont pour résultat de faire passer de 10 à 12 le nombre de membres, les autres sièges étant distribués de manière identique au projet de loi. Ceci a bien sûr comme

[449] Précisons que dans ce qui semble être une réponse aux critiques exprimées par les groupes populaires, ces personnes, plutôt que d'être désignées à partir d'une consultation des « groupes socio-économiques représentatifs du territoire » comme pour les autres établissements, sont nommées « parmi la population du territoire desservi par le centre » (LSSSS, 1971, art. 51).

conséquence une dilution de la voix des représentantes et représentants élus par la population : alors qu'ils et elles occupaient la moitié des sièges dans le projet de loi, avec une possibilité de majorité absolue dans le cas où aucune entente de services ne lierait le CLSC aux autres établissements du réseau, cette possibilité est à peu près exclue dans la LSSSS (sauf si on tient compte du fait que la directrice ou le directeur général siège désormais avec voix consultative seulement).

Par ailleurs, certains autres changements au projet de loi ont aussi pour conséquence des reculs sur le plan de la participation populaire, qui concernent cette fois plus spécifiquement la question du pouvoir des simples citoyennes et citoyens face à celui des professionnelles et professionnels, et en particulier des médecins. D'abord, le conseil des médecins et dentistes jouit dans la loi d'une plus grande autonomie que dans le projet de loi. Ainsi, même si le conseil des médecins et dentistes est encore « responsable vis-à-vis du conseil d'administration » dans l'exercice de ses principales activités (LSSSS, 1971, art. 76), la LSSSS ne précise plus qu'il doit « faire rapport au conseil d'administration » (Bill 65, 1971, art. 81) comme cela était prévu dans le projet de loi.

Rappelons de plus que ce dernier prévoyait pour les ORAS des pouvoirs de réglementation sur l'activité des conseils des médecins et dentistes des centres hospitaliers de leur région (Bill 65, 1971, art. 36). Les pouvoirs des ORAS ayant été pour l'essentiel abolis, les conseils des médecins et dentistes (de même que les conseils consultatifs des professionnels) sont désormais responsables de leur propre régie interne, sous la supervision toutefois des conseils d'administration des établissements :

> Le conseil consultatif des professionnels et le conseil des médecins et dentistes peuvent, conformément aux règlements, adopter des règlements concernant leur régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de leurs fins. Ces règlements entrent en vigueur sur approbation par le conseil d'administration. (LSSSS, 1971, art. 78)

Précisons également que la loi spécifie les responsabilités de la directrice ou du directeur des services professionnels, qui se voit clairement attribuer la fonction de

> vérifier le fonctionnement des comités du conseil consultatif des professionnels et du conseil des médecins et dentistes et s'assurer qu'ils s'acquittent de leurs fonctions et, dans le cas du conseil des médecins et dentistes, qu'ils contrôlent adéquatement les actes médicaux et dentaires posés dans l'établissement. (LSSSS, 1971, art. 81)

Néanmoins, le conseil d'administration doit consulter le conseil consultatif des professionnels *et, dans le cas d'un centre hospitalier, le conseil des médecins et dentistes* (ce qui est nouveau) avant de nommer la directrice ou le directeur des services professionnels qui, toujours dans le cas d'un centre hospitalier, doit elle-même ou lui-même être médecin, ce qui n'était pas non plus spécifié dans le projet de loi (LSSSS, 1971, art. 79 et 80).

Autre nouveauté, la LSSSS impose aux établissements dotés d'un conseil des médecins et dentistes la création d'un comité d'arbitrage paritaire responsable des conflits pouvant survenir entre les médecins et dentistes et le conseil d'administration de l'établissement :

> Tout établissement où existe un conseil des médecins et dentistes doit instituer un comité d'arbitrage chargé de décider de tout conflit entre cet établissement et les médecins et dentistes qui y exercent leur profession concernant la nomination, la réinstallation ou le congédiement de ces médecins et dentistes. Ce comité est composé d'une personne nommée par le conseil d'administration de l'établissement, d'une personne nommée par le conseil des médecins et dentistes et d'une troisième personne nommée par les deux premières ou, à défaut d'entente entre elles, par le ministre. (LSSSS, 1971, art. 92)

Par diverses dispositions, la LSSSS réduit donc l'autorité des conseils d'administration (où sont susceptibles de siéger de simples citoyennes et citoyens) sur les professionnelles et professionnels et, surtout, sur les médecins. Si ces dispositions s'appliquent essentiellement aux centres hospitaliers, une autre modification

importante par rapport au projet de loi indique que plusieurs d'entre elles pourraient s'appliquer aussi directement aux CLSC. En effet, bien que la création de conseils consultatif des professionnels et de conseils des médecins et dentistes soient dans la LSSSS comme dans le projet de loi des « [d]ispositions particulières aux centres hospitaliers et aux centres de services sociaux » (LSSSS, 1971, §6), la loi prévoit quant à elle la possibilité, pour le lieutenant-gouverneur en conseil, de créer de tels conseils par règlement dans les CLSC (ainsi que dans les centres d'accueil en ce qui concerne les conseils consultatifs des professionnels) :

> [l]e lieutenant-gouverneur en conseil peut faire des règlements pour : [...] o) imposer aux catégories de centres locaux de services communautaires et de centres d'accueil qu'il désigne l'obligation d'établir un conseil consultatif des professionnels ou de nommer un directeur des services professionnels [...] ; p) imposer aux catégories de centres locaux de services communautaires qu'il désigne l'obligation d'établir un conseil des médecins et dentistes ayant les mêmes fonctions que celles des centres hospitaliers [...]. (LSSSS, 1971, art. 129)

Alors que les CLSC étaient dans le projet de loi les établissements les plus susceptibles d'assurer aux citoyennes et aux citoyens un certain pouvoir face aux professionnelles, aux professionnels et aux médecins (notamment parce qu'on ne prévoyait pas pour ces établissements la création de conseils professionnels ou médicaux), la loi tend à estomper ces distinctions. Ceci est d'autant plus vrai que même si le principe d'une majorité absolue de non professionnels et de non professionnelles sur le comité administratif (c'est-à-dire sur le comité restreint) des établissements est préservé dans la loi (LSSSS, 1971, art. 63), on constate par ailleurs l'absence de l'article qui, dans le projet de loi, précisait que « les professionnels exerçant leur profession à l'institution [...] ne peuvent être nommés en vertu du paragraphe *a* de chacun des articles 49 à 51 » (Bill 65, 1971, art. 53).

Autrement dit, il devient possible, pour des professionnelles et des professionnels, d'occuper un ou plusieurs des sièges réservés aux personnes élues par la population ou nommées à partir d'une consultation des groupes socio-professionnels. La probabilité

que les conseils d'administration des établissements (y compris des CLSC) soient composés d'une majorité absolue de professionnelles et de professionnels s'en trouve évidemment augmentée. Si le projet de loi proposait une timide remise en question du pouvoir des professionnelles et des professionnels et ce, surtout au niveau des CLSC, on ne peut que constater plusieurs reculs, à cet égard, dans la loi finalement adoptée.

6.4 Conclusion

La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 réorganise de manière très importante le réseau de la santé et des services sociaux. Ce faisant, elle consacre le rôle désormais central de l'État dans le domaine socio-sanitaire qui, rappelons-le, était avant cette date laissé pour l'essentiel entre les mains des deux acteurs dominants du réseau, à savoir : 1) les professionnelles et les professionnels (et, dans le secteur de la santé, les médecins) ; et 2) les établissements, dirigés jusqu'alors par des corporations privées (avec ou sans buts lucratifs). En cela, la LSSSS va clairement dans le sens des revendications historiques du mouvement syndical québécois qui, depuis au moins la fin des années 1950, réclame d'une seule voix et de manière de plus en plus décomplexée une intervention massive de l'État dans ce secteur (voir *supra*, chapitre 4). Du point de vue du milieu des affaires – qui s'est plutôt fait, historiquement, un ardent défenseur du *statu quo* dans le domaine socio-sanitaire (voir *supra*, chapitres 3 et 4) – la LSSSS constitue au contraire un recul important, qui s'ajoute à celui représenté par l'instauration d'une assurance-maladie publique et universelle en 1970.

Outre cette institutionnalisation d'un rôle majeur pour l'État dans le secteur de la santé et des services sociaux, la LSSSS introduit également plusieurs autres changements importants allant dans le sens du point de vue et des revendications traditionnelles de la classe des travailleuses et des travailleurs. D'abord, elle reconnaît formellement

l'existence d'un droit aux services socio-sanitaires, remisant ainsi officiellement, du moins dans ce domaine, l'approche assistancielle et stigmatisante privilégiée par le milieu des affaires depuis le XIXe siècle. Ensuite, elle institue comme objectifs officiels du ministre des Affaires sociales non seulement l'accès aux services et leur gestion efficace, mais aussi le développement d'une approche globale, sociale et préventive dans le secteur socio-sanitaire ainsi que la promotion de la participation de la population à la définition de ses propres besoins et à la gestion des services de santé et des services sociaux.

La LSSSS fonde également des instances régionales dont le rôle premier est de susciter et de favoriser une telle participation, et elle introduit des mécanismes de participation populaire (consultatifs dans le cas des CRSSS et décisionnels dans le cas des établissements) au sein des institutions du réseau. La LSSSS pose aussi les bases pour la conversion de la plupart des établissements existants – déjà presque entièrement financés par l'État – en établissements officiellement publics. De plus, elle fait une avancée supplémentaire vers le développement d'une approche globale et préventive en officialisant le principe d'une intégration des différents types de soins (prévention, traitement, réadaptation) au sein de chaque catégorie d'établissement.

Mais surtout, la LSSSS crée en 1971 un modèle inédit de distribution des services socio-sanitaires de première ligne : les CLSC. Tels qu'ils se présentent dans cette loi, les CLSC sont des établissements *entièrement publics* et à *vocation universelle* (c'est-à-dire dont les services sont destinés à l'ensemble de la population) qui intègrent : 1) des services *curatifs* et *préventifs* ainsi que des services d'*action sanitaire et sociale* ; et 2) des services *de santé* et des services *sociaux* de *première ligne*. En cela, les CLSC sont appelés, encore plus que les autres établissements du réseau : 1) à contribuer à la réalisation des objectifs plus généraux de la loi, qui vise notamment à développer une *approche globale axée sur la prévention* et qui tient compte de la *dimension sociale*

des problèmes socio-sanitaires ; et 2) à favoriser le développement de pratiques innovantes de travail en *équipes multidisciplinaires*.

Les CLSC sont aussi les établissements qui, dans le réseau fondé par la LSSSS, incarnent le plus les velléités d'ouverture à la *participation populaire* : avec cinq membres (sur un minimum de 10 et un maximum de 12) élues ou élus directement par les usagers et usagères des services, les citoyennes et citoyens obtiennent une quasi-majorité absolue sur les conseils d'administration de ces établissements. Ceci est d'autant plus significatif qu'avec les modifications apportées au projet de loi, les CLSC bénéficient, comme les autres établissements d'ailleurs, d'une *autonomie* beaucoup plus grande que ce qui était prévu à l'origine. Autrement dit, les conseils d'administration des CLSC – et donc les citoyens et les citoyennes élues qui y siègent – ont un pouvoir réel beaucoup plus grand sur la détermination des orientations, des priorités et des programmes de leur établissement.

Sur plusieurs points centraux, le modèle des CLSC institué par la LSSSS de 1971 correspond donc à celui mis de l'avant par les centrales syndicales qui, à partir du milieu des années 1960, réclament le développement d'un réseau de polycliniques médicales de première ligne intégrant services de santé et services sociaux et favorisant la médecine de groupe ainsi que le travail multidisciplinaire. Ce modèle est aussi très proche, sous de nombreux aspects, de celui des cliniques populaires qui émergent à partir de 1967 et qui développent des modes d'organisation fondés sur une gestion démocratique ainsi qu'une approche axée sur la prévention et l'action communautaire sur les causes sociales de la maladie.

De manière plus générale, on peut donc affirmer sans hésiter que les réformes majeures introduites dans le domaine socio-sanitaire par la LSSSS – et en particulier le modèle des CLSC – correspondent en bonne partie au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière de santé. Rappelons néanmoins que suite à l'adoption de la loi, la Chambre de commerce de la province de Québec exprime sa satisfaction à

l'égard des modifications apportées au projet de loi. Et de fait, la comparaison entre celui-ci et la loi finalement adoptée montre qu'à plusieurs égards, la LSSSS répond à certaines préoccupations du milieu des affaires. Autrement dit, les avancées réalisées dans le sens des revendications et du point de vue des travailleurs et travailleuses rencontrent certaines limites qui ne sont pas sans avoir des impacts sur le modèle des CLSC.

Ainsi, le droit aux services socio-sanitaire reconnu officiellement par la LSSSS reste limité par les contraintes imposées par l'organisation des services et les ressources disponibles, ce qui rappelle bien sûr les contraintes financières invoquées par le milieu des affaires pour limiter les dépenses de l'État en matière sociale et de santé. De plus, on consacre en même temps que ce droit certains principes de base de la médecine libérale – remis en question par les travailleuses et les travailleurs mais défendus par la classe capitaliste – en reconnaissant dans la loi la liberté de choix pour les usagers et les usagères des services *ainsi que pour les médecins*.

De même, malgré l'opposition vigoureuse exprimée par le mouvement syndical et les groupes populaires à la pérennité du secteur privé dans le domaine socio-sanitaire, et bien que la LSSSS établisse les bases pour le développement d'un réseau complet d'établissements publics, elle reconnaît du même coup formellement la cohabitation du secteur privé avec le secteur public, en plus de perpétuer les pratiques de subvention, par l'État, aux établissements privés à but lucratif. De plus – et ceci concerne plus directement le modèle des CLSC –, les cabinets privés de professionnelles et de professionnels trouvent clairement dans la loi une place aux côtés des autres établissements du réseau (et donc, dans le cas des cabinets médicaux œuvrant au niveau de la première ligne, une place concurrente à celle des CLSC), sans être par ailleurs soumis aux obligations imposées par la loi à ces autres établissements.

Ensuite, la LSSSS abandonne aussi pour l'essentiel le projet de décentralisation régionale qui était au cœur du régime de la santé imaginé par la CESBES et qui était

aussi mis de l'avant par la FTQ en 1968 et, par la suite, défendu vigoureusement par l'ensemble du mouvement syndical durant les audiences de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65. Elle institue plutôt un réseau socio-sanitaire qui laisse, conformément aux préoccupations exprimées par le milieu des affaires, une autonomie considérable aux établissements, en même temps qu'il concentre, dans des proportions beaucoup plus importantes que prévu par la CESBES, une partie du pouvoir au niveau du ministère et du lieutenant-gouverneur en conseil.

Enfin, la LSSSS rencontre aussi des limites importantes en ce qui a trait à l'ouverture à la participation populaire et à la remise en question du pouvoir médico-professionnel au sein du réseau. Malgré des avancées significatives en ce sens – surtout au niveau des CLSC –, on est loin de la majorité absolue de citoyennes et de citoyens élus sur l'ensemble des instances du réseau réclamée par le mouvement syndical et plusieurs groupes populaires, et plus loin encore du modèle radicalement démocratique incarné par la CCPSC. De plus, bien qu'elle institutionnalise au sein des établissements certains contrepoids au pouvoir des professionnelles et des professionnels – ce qui, encore une fois, se manifeste davantage au niveau des CLSC –, la LSSSS ne va pas comme la CCPSC dans le sens d'une démystification et d'une déprofessionnalisation de la médecine. Notamment, elle préserve très clairement un statut particulier pour les médecins ainsi que le principe de l'autorégulation de la profession médicale.

On le constate, c'est dans le modèle des CLSC que se concentrent les principales avancées de la LSSSS vers un système socio-sanitaire conforme au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs. Et ce n'est sans doute pas un hasard si les CLSC deviendront, très rapidement durant les années 1970, l'objet d'une lutte politique. S'ils n'ont, durant les audiences tenues par la commission parlementaire sur le projet de loi 65, soulevé que très peu d'objections[450], c'est que les débats ont à ce

[450] Les principales objections formulées à cette occasion sont venues des deux fédérations médicales (FMSQ et FMOQ). Le milieu des affaires ne semble pas s'être prononcé sur cet enjeu en particulier.

moment convergé vers la composition et les pouvoirs des ORAS, qui constituent l'autre grande innovation mise de l'avant par la CESBES et défendue par le mouvement syndical. Une fois celle-ci abandonnée, les CLSC deviendront le lieu privilégié où tentera de s'incarner – parfois au-delà des limites inhérentes au modèle imaginé par les réformatrices et les réformateurs – la conception de la santé historiquement défendue par le mouvement syndical et, plus récemment, par le mouvement populaire.

Avant d'analyser les luttes et les nombreuses remises en question qui, dans ce contexte, marqueront les premières années d'existence des CLSC (voir *infra*, chapitres 8 et 9), il convient de revenir à la question spécifique de recherche posée en début de parcours. En effet, il s'agira au prochain chapitre d'offrir une réponse à la première partie de cette question et de voir *dans quelle mesure les rapports entre les classes sociales (et plus précisément entre les classes capitalistes et laborieuses) ont joué un rôle dans la naissance des CLSC et dans la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC*[451].

L'analyse a permis jusqu'à maintenant de montrer que la forme particulière prise par le modèle des CLSC correspond dans une large mesure au point de vue et aux revendications des mouvements syndical et populaire, qui mettent eux-mêmes de l'avant des modèles semblables durant les années 1960. Toutefois, il ne suffit pas de montrer que le modèle des CLSC correspond au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs ; il faut également montrer que cette dernière était, au Québec plus qu'ailleurs, en mesure *d'imposer* ce point de vue. C'est ce à quoi s'emploie le prochain chapitre, notamment par le biais d'une analyse de l'évolution du rapport de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs entre le début des années 1940 et les années 1970, au moment de la naissance des CLSC.

---

[451] Le rôle joué par les rapports de classe dans l'abandon (ou l'échec) rapide du modèle initial des CLSC fera l'objet des deux chapitres suivants.

CHAPITRE 7

LA NAISSANCE DES CLSC ET LA FORME PARTICULIÈRE PRISE PAR CE MODÈLE À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS (DE FORCE) ENTRE LES CLASSES

L'objectif principal de ce chapitre est d'offrir une réponse originale à l'un des éléments de problématiques identifiés en introduction. On a vu qu'une des questions qui traverse la littérature sur l'histoire des CLSC est de savoir comment un modèle aussi progressiste et novateur que celui des CLSC a pu émerger dans une société par ailleurs considérée, jusqu'aux années 1960, comme particulièrement conservatrice. Dans la perspective marxiste adoptée ici, il s'agit plus précisément de voir dans quelle mesure les rapports entre les classes ont pu jouer un rôle dans la naissance des CLSC au Québec (et pas ailleurs) et dans la forme particulière prise par ce modèle.

L'analyse présentée dans les chapitres précédents (en particulier dans les chapitres 4 à 6) a permis de répondre partiellement à cette question en montrant que la forme particulière prise par le modèle des CLSC correspond en grande partie au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, avec certaines limites cependant, qui renvoient quant à elles au point de vue de la classe capitaliste. Le présent chapitre est consacré principalement à l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes. À partir de cette analyse, il s'agira de voir : 1) si, considérant l'évolution du rapport de force entre les classes, les travailleuses et les travailleurs étaient, au moment de la conception et de la naissance des CLSC, en mesure *d'imposer* leur point de vue ; et 2) si l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes peut nous permettre de comprendre qu'un tel modèle soit né précisément au Québec. Autrement dit, alors que les deux chapitres précédents se concentraient plus spécifiquement sur la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC au moment de leur naissance (tout en

situant ce modèle initial par rapport aux points de vue de classe), le présent chapitre inscrit la naissance de ce modèle et sa forme particulière dans son contexte plus global, qui correspond dans la perspective défendue ici à l'évolution du rapport de force entre les classes.

Ce chapitre sera également l'occasion de revisiter, dans une perspective de classes, les facteurs généralement invoqués dans la littérature sur l'histoire des CLSC pour comprendre la naissance au Québec d'un modèle aussi particulier que celui des CLSC. Si plusieurs de ces facteurs ont déjà fait l'objet de discussions dans les chapitres précédents[452], d'autres n'ont pas été abordés jusqu'à maintenant. Ainsi, plusieurs auteures et auteurs évoquent le contexte bouillonnant de la « Révolution tranquille » pour expliquer la création au Québec d'un modèle comme celui des CLSC. Plusieurs considèrent également que par ses « initiatives » dans le domaine de la santé, le gouvernement fédéral a joué un rôle décisif pour forcer le Québec à instaurer un régime d'assurance-maladie et, dans les suites de cette mesure, à entreprendre une réforme de son réseau socio-sanitaire. Enfin, certaines analyses insistent sur le contexte institutionnel particulier dans lequel naissent les CLSC ; notamment, Jetté (2008) soutient que la création de ce modèle de dispensation des services socio-sanitaires de première ligne correspond au passage à un « modèle de développement fordiste et providentialiste » (2008, p. 45), et donc à un nouveau type d'arrangement institutionnel dans lequel s'inscrit l'action sociale de l'État.

---

[452] Il a notamment été question de la domination du modèle scientifique de la médecine curative et biomédicale et de la puissance corrélative de la profession médicale (chapitre 2) ainsi que du caractère hospitalo-centrique du système socio-sanitaire et du pouvoir qui en découle, au sein de ce système, pour les administrations hospitalières (chapitre 3). Il s'agit-là de facteurs parfois évoqués pour expliquer les limites du modèle des CLSC ainsi que l'échec et la remise en question rapide de ce modèle. Il a également été question de l'idéologie et des intentions des réformatrices et des réformateurs ou, dans la perspective la plus critique, de l'idéologie et des intérêts de la nouvelle « classe dominante technocratique » (chapitre 5), qui servent généralement aussi à expliquer la forme particulière prise par le modèle.

Comme pour les facteurs dont il a été question dans les chapitres précédents, il ne s'agit pas ici de contester leur pertinence pour comprendre l'histoire des CLSC ; il s'agit plutôt de montrer que derrière ces facteurs, des rapports de classe sont à l'œuvre et que leur mise à jour peut contribuer à une analyse plus complète et plus cohérente du phénomène. Or, comme cela a été expliqué au moment de présenter le cadre théorique et la méthodologie, rendre visibles ces rapports de classe implique d'adopter une perspective analytique très large, tant sur le plan historique que géographique. Ainsi, afin de montrer que des rapports de classe se profilent derrière l'institutionnalisation du « modèle de développement providentialiste et fordiste » – qui correspond en fait au cadre institutionnel caractéristique des années d'après-guerre dans la plupart des pays occidentaux – nous remonteront jusqu'aux premières politiques sociales d'envergure nationale, qui émergent dans certains pays européens dès la fin du XIXe siècle et en Amérique du Nord à partir des années 1930.

Notre analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec déborde donc la scène provinciale pour s'inscrire dans les grandes tendances internationales et nord-américaines. Il s'agit-là d'une autre originalité de notre approche puisque, en plus de négliger le rôle des rapports entre les classes, la littérature sur les CLSC se concentre en général sur le contexte provincial pour expliquer la naissance d'un modèle particulier comme celui des CLSC. Or, grâce à ce champ visuel élargi, nous constateront que l'épisode historique de la Révolution tranquille peut être compris, au moins partiellement et malgré ses spécificités, comme une des manifestations de la radicalisation et de la politisation sans précédent de la classe des travailleuses et des travailleurs qui affectent non seulement le Québec mais aussi l'ensemble des pays occidentaux durant les années 1960 et 1970. De plus, ce recul historique et cette approche non limitée aux frontières du Québec nous permettra également de voir comment l'évolution des rapports de classe contribue à expliquer les initiatives (et les hésitations) du gouvernement fédéral dans le domaine social et sanitaire.

Au-delà des principaux facteurs évoqués dans la littérature sur l'histoire des CLSC, la perspective large adoptée ici nous conduira aussi à constater : 1) que l'histoire de la naissance des CLSC au Québec s'inscrit dans l'histoire plus large de l'émergence et de la consolidation de l'État-providence, qui se déploie quant à elle sur la scène internationale ; 2) que de manière générale, cette émergence et cette consolidation de l'État-providence – et des divers programmes sociaux qui le constituent – sont dans tous les pays étroitement liées à l'évolution des rapports de force entre les classes. Enfin, si notre approche centrée sur le rôle des classes sociales – ainsi que la perspective historique et géographique large qui en découle – nous permettra de parvenir à des conclusions originales en ce qui concerne la naissance d'un modèle comme celui des CLSC au Québec, elle devrait aussi contribuer à expliquer le cheminement particulier du Québec en matière de politiques sociales, cheminement marqué par le passage rapide d'un État-providence retardataire et très peu développé à l'un des plus avancés en Amérique du Nord.

Fait intéressant, nous verrons que cette perspective de classes contribue à expliquer les particularités du Québec malgré le fait qu'il ressort clairement de l'analyse présentée dans ce chapitre que l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec ne se distingue pas radicalement de son évolution dans la plupart des pays capitalistes occidentaux. Au contraire, une analyse des grandes tendances internationales nous permettra de voir qu'à partir de la Seconde guerre mondiale au moins, les développements québécois s'inscrivent globalement, malgré certaines spécificités, dans ceux du capitalisme mondial de l'époque.

Il s'agira donc dans ce chapitre de brosser à grands traits un portrait général de ces grandes tendances internationales dans l'évolution du rapport de force entre les classes et de voir comment elles se manifestent plus spécifiquement au Canada et au Québec. Du même mouvement sera esquissée une histoire de l'émergence et de la consolidation de l'État-providence dans les pays occidentaux, avec bien sûr une attention particulière

portée à ces développements au Canada et au Québec. La perspective très large adoptée ici oblige évidemment à s'appuyer sur une littérature de seconde main et à s'en tenir aux grandes lignes de ces évolutions ou, autrement dit, à un point de vue « macroscopique » qui insiste surtout sur les grandes tendances générales.

La première partie du chapitre (section 7.1) est ainsi consacrée à la tendance – observable au Québec et au Canada tout comme dans la plupart des pays occidentaux – vers le développement et la consolidation, à partir de la Seconde guerre mondiale (voire même la fin des années 1930), d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs. Dans cette première partie, nous nous attarderons d'abord (section 7.1.1) à deux grands facteurs souvent évoqués (du moins dans la littérature marxiste) pour comprendre cette évolution vers un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs, à savoir : 1) la croissance économique exceptionnelle qui se produit durant les années d'après-guerre ; et 2) le cadre institutionnel particulier qui caractérise cette même période.

Si le second facteur est mentionné par au moins un auteur pour comprendre la naissance et la forme particulière du modèle des CLSC – ce cadre institutionnel correspond en effet au « modèle de développement fordiste et providentialiste » auquel réfère Jetté (2008) – aucune des analyses recensées n'évoque explicitement la croissance économique des « Trente glorieuses » comme facteur susceptible d'expliquer la création au Québec d'un modèle comme celui des CLSC. Cependant, nous avons vu au moment de la revue de la littérature que les difficultés économiques des années 1970 sont considérées dans pratiquement toutes les analyses comme un des éléments permettant de comprendre la remise en question du modèle à partir de 1974-1975 et les réformes subséquentes du réseau socio-sanitaire.

Nous reviendrons dans le chapitre 9 sur les facteurs – notamment économiques – qui expliquent cette remise en question. Néanmoins, il convient dès maintenant d'amorcer l'analyse qui nous permettra de montrer que si les facteurs économiques – dans ce cas-

ci, la croissance spectaculaire qui marque les trois décennie suivant la Seconde guerre mondiale – sont effectivement incontournables pour comprendre l'évolution du rapport de force entre les classes et, conséquemment, l'histoire de l'État-providence et des CLSC, il ne faut pas négliger le fait que *ces facteurs sont eux-mêmes médiatisés par des rapports de classe*.

Dans cette optique, il s'agira de montrer (section 7.1.2) que l'émergence et la consolidation du cadre institutionnel des années d'après-guerre ne sont pas le résultat mécanique de la croissance économique qui caractérise la période mais qu'elles renvoient aussi à l'évolution des luttes et du rapport de force entre les classes durant les décennies qui précèdent. De même, nous verrons (section 7.1.3) que le partage des fruits de cette croissance durant les Trente glorieuse – qui prend notamment la forme d'une amélioration substantielle des salaires et des conditions de travail, mais aussi de gains sociaux importants – et la montée fulgurante du niveau de vie de la classe des travailleuses et des travailleurs qui en découle ne s'est pas non plus réalisée automatiquement mais qu'elle est en bonne partie le résultat d'une lutte entre les classes, qui se déroule dans un contexte où le rapport de force est particulièrement favorable aux travailleuses et au travailleurs.

La seconde partie du chapitre (section 7.2) sera consacrée aux années 1960 et 1970, durant lesquelles culmine cette montée – amorcée dès la fin des années 1930 – vers un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs. Cette période est ainsi marquée, au Québec et au Canada comme dans l'ensemble des pays occidentaux, par une tendance généralisée vers une radicalisation et une combativité sans précédent des travailleuses et des travailleurs, qui atteint son sommet à la fin des années 1960 et au début des années 1970 – soit au moment précis où les CLSC sont conçus et fondés. Enfin, il s'agira la dernière partie du chapitre (section 7.3) de montrer en quoi cette analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes peut nous permettre de comprendre non seulement la naissance au Québec d'un modèle

comme celui des CLSC, mais aussi plus largement le cheminement particulier de la province, qui passe en quelques années de société conservatrice à société avant-gardiste dans le domaine des politiques sociales.

7.1 1940-1960 : Le développement d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs

7.1.1 Le « Grand Boom » économique et le cadre institutionnel des années d'après-guerre

Au sortir de la Seconde guerre mondiale s'instaure dans la plupart des pays capitalistes occidentaux un cadre institutionnel qui contribuera de manière décisive, dans les trois décennies suivantes, au développement d'un rapport de force exceptionnellement favorable à la classe des travailleurs et des travailleuses. Ce cadre institutionnel, que Jetté désigne comme le « modèle de développement fordiste et providentialiste » (2008, p. 45), articule trois grands types de mesures mises en place par la plupart des gouvernements en Europe de l'Ouest et, plus timidement, au Canada et aux États-Unis (Lafrance, 2007, p. 15-17) : 1) la reconnaissance formelle de droits syndicaux et de l'obligation pour les employeuses et employeurs de négocier collectivement les salaires et conditions de travail ; 2) la mise de l'avant de politiques macroéconomiques de type keynésien qui favoriseront dans plusieurs pays l'atteinte du plein emploi ou, à tout le moins, le maintien sur une longue période de faibles taux de chômage[453] ; 3) le développement sans précédent – quoique plus ou moins rapide et vigoureux selon les

[453] Korpi (2002) parle d'ailleurs du « Grand creux » (*Great Trough*) pour désigner la persistance de faibles taux de chômage dans la plupart des pays capitalistes occidentaux durant les trente années qui suivent la Seconde guerre mondiale, cette longue période de « creux » dans les taux de chômage étant précédée et suivie de tendances inverses vers le chômage de masse.

pays – d'un ensemble de politiques sociales qui constitueront ce qu'il est désormais convenu d'appeler l'État-providence[454].

Ainsi, malgré des différences nationales importantes, l'ensemble des États capitalistes occidentaux se sont, à la fin de la guerre, engagés dans une redéfinition du rôle de l'État qui permettra désormais son intervention massive dans les domaines économique et social :

> What all these various state forms had in common was an acceptance that the state should focus on full employment, economic growth, and the welfare of its citizens, and that state power should be freely deployed, alongside of or, if necessary, intervening in or even substituting for market processes to achieve these ends. (Harvey, 2005, p. 10)

Il est généralement admis que la croissance économique exceptionnelle ayant suivi la Seconde guerre mondiale a fourni des bases matérielles favorables à la consolidation et à la persistance durant une trentaine d'année de ce cadre institutionnel. McNally parle d'une « période d'expansion phénoménale du capitalisme d'après-guerre » (2010, p. 60) qu'il nomme le « Grand Boom » :

> Le Grand Boom de 1948-1973 est un développement unique dans l'histoire de l'économie mondiale. Durant cette période de vingt-cinq ans, les économies dominantes ont enregistré une croissance soutenue, créant des emplois, générant des profits considérables et des hausses de revenus chaque année. C'était l'âge d'or du capitalisme occidental, un moment emblématique. (2010, p. 62)[455]

---

[454] Le développement d'un tel cadre institutionnel dans l'ensemble des pays capitalistes occidentaux durant les années d'après-guerre fait largement consensus, tant dans la littérature marxiste que non marxiste. À quelques variations près, on retrouve une description semblable des arrangements institutionnels caractérisant les « Trente glorieuses » chez des marxistes comme ceux sur lesquels se fonde la présente analyse, mais aussi chez des néo-institutionnalistes (voir notamment Merrien, 1997) et même chez certains auteurs post-modernistes (voir Torfing, 1999). Toutefois, ces perspectives diffèrent les unes des autres lorsqu'il s'agit de comprendre les *causes* de l'émergence de ce cadre institutionnel, l'approche marxiste étant la seule à insister sur le rôle des rapports entre les classes à cet égard.

[455] Si le rôle important joué par cette longue période de forte croissance économique est lui aussi largement admis, l'analyse de McNally se distingue en ce qu'elle souligne son caractère véritablement exceptionnel (au sens fort) : « plusieurs voix critiques à gauche considèrent cette période comme la norme plutôt que l'exception. [...] Pourtant, comme nous allons le voir, l'âge d'or était tout sauf

À l'instar de plusieurs auteurs marxistes qui remettent en question le caractère redistributif de l'État-providence (Swartz, 1977 ; Quadagno, 1984 ; Cuneo, 1979), McNally considère que c'est à cette croissance économique phénoménale (et aux gains de productivité qui l'accompagnent) qu'il faut attribuer l'amélioration sans précédent du niveau de vie des travailleuses et travailleurs durant les Trente glorieuses :

> Le changement le plus frappant dans cette période se situe toutefois sur le plan de l'amélioration constante du niveau de vie de la population ouvrière dans les pays du centre capitaliste. [...] Des augmentations significatives de productivité ont sous-tendu l'amélioration du niveau de vie. Suivant l'impulsion irrésistible des innovations technologiques et de nouveaux procédés industriels, le rendement par travailleur a doublé entre 1952 et 1973. Les employeurs pouvaient dès lors augmenter les salaires tout en engrangeant des hausses de profits : il suffisait pour cela de maintenir les hausses de salaire à un niveau moins élevé que les gains de productivité. (2010, p. 63-64)

Si le rôle important de ce « contexte économique » exceptionnel dans la consolidation des arrangements institutionnels de l'après-guerre et dans la croissance généralisée du niveau de vie est indubitable, la prise en compte de ces facteurs économiques ne doit pas mener à un déterminisme mécanique qui verrait dans l'émergence du « compromis fordiste » et des gains sociaux et salariaux importants des travailleuses et des travailleurs de l'époque un effet « automatique » de la croissance économique. Une analyse des rapports de classe durant la période et celle qui la précède permet de constater que ces facteurs économiques ne suffisent pas à comprendre ces développements[456].

'normal' : ce fut une période marquée d'un dynamisme qu'on ne reverra probablement jamais. » (2010, p. 62)

[456] Une analyse (de classe) approfondie des causes expliquant le développement de ce contexte économique exceptionnel, bien qu'elle serait cohérente avec le souci d'éviter l'écueil du déterminisme mécanique, déborderait évidemment largement le cadre de la présente démarche. Contentons-nous de mentionner que pour plusieurs auteures et auteurs, la croissance économique qui suit la Seconde guerre mondiale s'explique par les développements technologiques et les gains de productivité importants qui marquent cette période, ainsi que par le processus de reconstruction d'après-guerre (R. Brenner, cité dans Lafrance, 2007, p. 8 ; McNally, 2010, p. 62-63 ; 64 ; Duménil et Lévy, 2000, p. 61 ; Piven et

D'une part, nous verrons (section 7.1.2) que l'émergence du cadre institutionnel qui marque les années d'après-guerre s'est amorcée *avant* les années de croissance, en bonne partie sous l'effet d'une montée du militantisme ouvrier durant la crise des années 1930 et, surtout, durant la Seconde guerre mondiale. D'autre part, nous verrons également (section 7.1.3) que la croissance économique qui a suivi la Seconde guerre mondiale ne s'est pas « automatiquement » répercutée sur le niveau de vie des travailleuses et des travailleurs ; le partage des fruits de la croissance a plutôt fait l'objet de luttes entre les classes tout au long de cette période. En cela, l'amélioration spectaculaire du niveau de vie des travailleuses et des travailleurs durant la période peut être comprise comme le reflet du rapport de force particulièrement favorable à celles-ci et ceux-ci qui caractérise les années d'après-guerre. Autrement dit, si les effets de la croissance économique sont bien réels, ils sont aussi fondamentalement médiatisés par des rapports de classe.

7.1.2 1880-1945 : Les rapports de classe et la mise en place du cadre institutionnel des années d'après-guerre

7.1.2.1 Tendances internationales

Ainsi, le cadre institutionnel des années d'après-guerre – et notamment la consolidation de systèmes publics de sécurité sociale plus ou moins étendus dans la plupart des pays capitalistes occidentaux – plonge ses racines dans le développement des premières politiques sociales d'envergure nationale. Or, comme cela a été évoqué précédemment (voir *supra*, chapitre 1), ces premières initiatives sont étroitement liées à l'émergence, dans plusieurs pays européens, d'une classe ouvrière organisée syndicalement et

---

Ehrenreich, 2006, p. 81), autant de facteurs qui peuvent eux-mêmes être abordés dans une perspective de classe.

politiquement sur une base nationale, même si on ne peut parler à cet égard d'un effet « direct » ou « automatique ». Selon Therborn :

> It is not being argued that ruling class fear was *the* decisive precipitant of the beginning of the welfare state, nor that the labour movement had any direct influence upon it[457]. What is being argued is 1) that a threat form the working-class movement perceived by the political rulers was a necessary (but not sufficient) condition for welfare-state initiatives ; 2) that there is a structural affinity between the first major welfare-state initiatives and the modern labour movement ; and 3) that there is a chronological relationship between the emergence of the modern labour movement and the beginning of the welfare state, which makes it probable that there is a causal link between the two, the nature of which remains to be demonstrated. (1986, p. 12)

Les premières assurances sociales étatiques seront instaurées à la fin du XIXe siècle d'abord en Allemagne – où le premier parti ouvrier moderne est fondé en 1875 –, rapidement suivie par l'Autriche et le Danemark, trois pays dirigés par des politiciens ouvertement conservateurs qui n'hésiteront pas, par ailleurs, à réprimer durement le mouvement ouvrier organisé. Pour Therborn, il est clair que dans les trois cas, « a perceived threat from below was a necessary condition for the welfare state legislation of 1883-91. » (1986, p. 13) Il semble notamment que l'épisode de la Commune de Paris ait joué un rôle décisif à cet égard : « The Paris Commune had immediate effects on the three countries pionnering modern welfare-state developments – Germany, Austria and Denmark » (Therborn, 1986, p. 12)

Inversement, le fait que les classes ouvrières anglaise et belge tarderont à s'organiser sur une base nationale et autonome peut contribuer à expliquer que la Grande-Bretagne et la Belgique – dont le processus d'industrialisation était pourtant, dans les deux cas, entamé bien avant celui de l'Allemagne, de l'Autriche et du Danemark – instaureront

---

[457] Comme on l'a également vu au chapitre 1, les premières politiques sociales prendront en effet une forme – celle des assurances – qui correspond davantage au point de vue de la classe capitaliste qu'à celui des travailleuses et travailleurs.

leurs premières assurances sociales *après* ces trois pays[458]. Si l'exemple de l'Allemagne a clairement eux un impact sur les initiatives britanniques du début du XXe siècle – et notamment le *Old Age Pensions Act* de 1908 –, un rôle décisif a également été joué par « the new independant politics of labour, expressed in the National Committee of Organized Labour for Old Age Pensions » (Therborn, 1986, p. 13) ainsi que, de manière plus générale, par la crainte du socialisme (Navarro, 1978, p. 9).

En Amérique du Nord, il faut attendre les années 1930 avant qu'émergent les premières initiatives d'envergure nationale en matière de politiques sociales. Or, « as is well known, the United States never had a socialist party of any significance. Also in Canada, the socialist tendency had been very weak, although to some extent present. » (Korpi, 2002, p. 387)[459]Aux États-Unis, le *Social Security Act* de 1935, instauré par Roosevelt durant la crise des années 1930, « represented the beginning of a national welfare state in the United States. » (Quadagno, 1984, p. 634) Selon Hacker et Pierson (2002), cette crise majeure du capitalisme américain (et mondial) a eu pour conséquences, aux États-Unis, un renversement des forces politiques qui se traduira

[458] Ce déroulement chronologique jette donc un doute sérieux sur les explications de type fonctionnaliste qui voient dans l'émergence de l'État-providence une réponse « mécanique » ou « automatique » aux nouveaux besoins (ou problèmes) générés par l'industrialisation. Le même constat s'impose en ce qui concerne les États-Unis de la fin des années 1920 : « By 1929, the United States was the world's leading economic power. Yet in sharp contrast to all other nations near the same stage of industrialization, the United States on the eve of the Depression showed no signs of building a national welfare state. » (Hacker et Pierson, 2002, p. 296) Par ailleurs, Therborn précise qu'en tant que première grande puissance industrielle, la Grande-Bretagne a tout de même donné naissance au premier mouvement ouvrier de masse au monde : le chartisme (1986, p. 13). Nous avons vu d'ailleurs que la menace posée par le chartisme n'est pas étrangers à l'instauration, dans ce pays, des premières mesures étatiques majeures de santé publique (voir *supra*, chapitre 2). Therborn souligne cependant que le chartisme a été écrasé durant les années 1840 et que la classe ouvrière anglaise ne parviendra à s'affranchir de la tutelle politique de la bourgeoisie que plusieurs décennies plus tard (1986, p. 13).

[459] Expliquer la faiblesse structurelle du mouvement ouvrier dans ces deux pays dépasserait les limites de la présente démarche. Des éléments d'explications intéressants peuvent cependant être trouvés, pour les États-Unis, dans Hacker et Pierson (2002) et Newsinger (2009) et, pour le Canada, dans Panitch (1977).

par un affaiblissement de la classe capitaliste durant les années 1930, ouvrant la voie à l'adoption de politiques sociales étendues[460] :

> The Depression [...] sent a shock wave through the American political economy, shifting the balance among political actors. In this second period, previously dominant business groups were forced to make their peace with a vastly expanded federal social role, and the basic structure of the American welfare state was put in place. (Hacket et Pierson, 2002, p. 287).

Quadagno ne partage pas la thèse d'une perte de pouvoir de la classe capitaliste aux États-Unis durant les années 1930. Il considère plutôt que dans le contexte de la crise, une partie significative de la classe capitaliste américaine est devenu favorable, dans une certaine mesure, à l'adoption de politiques sociales susceptibles de contribuer à stabiliser l'économie. Il précise néanmoins que c'est seulement sous la pression politique en faveur d'un programme fédéral de pensions de vieillesse et lorsqu'une intervention de l'État fédéral dans le domaine social est devenu inévitable que « big business mobilized to create a counterproposal, one regulated by the federal government but under the control of industry. » (1984, p. 637). Selon lui, la classe capitaliste a ainsi influencé de manière importante le processus ayant mené au *Social Security Act*, participant même directement à sa formulation. Hacker et Pierson contestent cette interprétation et affirment que seule une portion très marginale du milieu des affaires américain faisait montre d'une certaine ouverture à l'égard de politiques sociales d'envergure nationale :

> some analysts [maintain] that business was very influential in shaping the SSA, the keystone legislation of American social insurance. It is clear, however, that impetus for the SSA came largely from outside the business community and that most employers strongly opposed the enactment of a national system of social insurance. In a society where business had played such a pervasive role, some businessmen inevitably remained involved, directly or indirectly, in policy formulation. A handful, at most, were genuinely enthusiastic. Even within the

[460] Les auteurs soulignent notamment que la crise aura pour effet de miner le « pouvoir structurel » du milieu des affaires : « Because private investment had already plummeted, the usual impact of an implied or actual 'investment strike' was diminished. » (2002, p. 297)

> small faction of employers who supported the SSA, whether quietly or vocally, many did so only because they feared that the alternative would be worse. In other words, support for the SSA often represented a strategic response to a loss of political power. (Hacker et Pierson, 2002, p. 298-299)

En appui à cet interpretation, Piven et Ehrenreich considèrent également que « American business and its allies on the organized right had always opposed » les initiatives en matière de politiques sociales (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 81). De même, Cloward et Piven soutiennent que le milieu des affaires ne s'y ralliera (et pour un temps seulement) qu'au plus fort de la crise, lorsqu'elles seront devenues inévitables (Cloward et Piven, 1971, p. 83-87).

Quoiqu'il en soit, il est clair que la crise des années 1930, en plus de jeter le discrédit sur le système capitaliste et sur la classe capitaliste elle-même, provoquera une vague de militantisme et de mobilisations sociales qui contribueront également à stimuler le développement, durant cette période, de mesures sociales sans précédent aux États-Unis :

> The catastrophe of the Great Depression, the political exposes of business wrongdoing to which it led, and the tumult and threat power of the protest movements of the decade combined to strip business of much of its influence in the 1930s. [...] Economic collapse discredited business, at a time of widespread social unrest to which national political leaders had to respond. (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 81 ; 90)

Ehrenreich et Piven parlent notamment des « social movements of labour, the aged and the unemployed in the 1930s » (2006, p. 79). De manière semblable, Hacker et Pierson soulignent le rôle majeur joué par la montée des mobilisations populaires dans les réformes sociales des années 1930 aux États-Unis :

> Equally significant, widespread popular mobilization on social issues futher reduced the susceptibility of politicians to business influence. The rise of unions, growing unrest among the unemployed, and the emergence of the Townsend

> movement for old age pensions gave political force to calls for social reform. (2002, p. 298)[461]

7.1.2.2 Canada

Au Canada, une montée du militantisme ouvrier, et particulièrement des mouvements de chômeuses et de chômeurs, accompagnera également la crise des années 1930 et stimulera les premières tentatives pour instaurer au niveau fédéral les bases d'un système public de sécurité sociale. Ces mobilisations populaires provoqueront notamment une pression considérable sur les budgets municipaux – les villes étant à l'époque les principales dispensatrices de l'aide financière de dernier recours – et, par ricochet, l'inquiétude grandissante des banques (et donc des capitalistes du secteur financier), qui sont des bailleuses de fonds importantes pour les municipalités :

> The municipalities' supposed profligacy with relief [...] was the result of well-organized and generally Communist-led campaigns of the unemployed workers in the major municipalities. Supported by trade unionists, the massed unemployed presented the spectre of a revolt of the workers to the frightened pillars of communities in charge of municipal councils. The councils were forced to grant more relief, often at the price of defaulting on the cities' depts. As a result, both the municipal leaders end the banker-creditors looked to the federal government to provide programs that would calm the militancy of the unemployed and preserve the credit of the municipalities. (Finkel, 1977, p. 350)

Le militantisme ouvrier forcera ainsi l'émergence d'un débat – jusqu'au sein de la classe capitaliste elle-même – sur la nécessité de développer, à l'échelle nationale, des programmes d'assurance sociale, et en particulier d'assurance-chômage :

> Just as the militancy of the unemployed had forced increases in relief payments [au niveau municipal], it also forced a debate among businessmen on the question of social insurance as a means of preventing recurrences of such militancy during

[461] Sur la révolte politique des chômeuses et des chômeurs aux États-Unis durant cette période, voir aussi Cloward et Piven (1971) ainsi que Newsinger (2009).

> times of unemployment, whether caused by cyclical or structural factors. (Finkel, 1977, p. 350-351)

Comme Quadagno pour les États-Unis, Finkel soutient que, sous la pression du militantisme ouvrier mais aussi pour favoriser la stabilisation de l'économie dans le contexte de la crise des années 1930, une portion significative de la classe capitaliste canadienne en viendra à appuyer le développement de certaines politiques sociales au niveau national, et notamment d'un programme fédéral d'assurance-chômage :

> the 'welfare state' [...] was not constitute, even in its incomplete canadian form, to reduce the economic and political power of the business leaders. Indeed, the opposite is the case. It was devised by governments that wished to preserve the power of the ruling class but saw that power threatened by working class militancy directed against an economic system that seemed unable to provide jobs or security. The upsurge of radicalism in the working class first in the Great Depression and then during the war forced an important section of the bourgeoisie to rethink its strategies with regard to the role of the state. (Finkel, 1977, p. 345)

Dans cette optique, les politiques sociales apparaissent au moins autant (voire davantage) comme une création de la bourgeoisie canadienne que comme une victoire ouvrière. Cuneo (1979) apporte des nuances importantes à cette analyse en soulignant que le milieu des affaires canadien s'est massivement et systématiquement opposé aux politiques sociales, sauf dans certaines circonstances exceptionnelles (comme la crise économique des années 1930). S'il admet que « during the Depression of the 1930s, cracks began to appear in business opposition to state unemployment insurance » (Cuneo, 1979, p. 164), il souligne que le soutien d'une fraction du milieu des affaires canadien à l'assurance-chômage n'a été que très temporaire : « Once the Depression was over, businessmen lined up more solidly against state unemployment insurance. » (Cuneo, 1979, p. 165) Quoiqu'il en soit, les deux auteurs s'entendent pour affirmer que le militantisme ouvrier a joué un rôle incontournable dans le développement des politiques sociales au Canada.

En effet, c'est dans un contexte de troubles sociaux importants que, contre toutes attentes, le premier ministre du Canada – le très conservateur et lui-même riche capitaliste Richard Bennett – proposera, à la veille des élections de 1935 et dans les suites du New Deal de Roosevelt, un « New Deal » canadien. Alors qu'il adopte par ailleurs une stratégie de répression très dure à l'égard du mouvement ouvrier – et notamment à l'égard du mouvement des chômeuses et des chômeurs –, son gouvernement promet toute une série de réformes visant notamment l'instauration de programmes nationaux d'assurance-chômage et d'assurance-santé, ainsi que le renforcement du programme fédéral de subvention aux provinces pour le développement de programmes provinciaux de pensions de vieillesse, adopté en 1927. Selon Finkel, Bennett espère ainsi, au-delà de considérations électoralistes, mettre fin au militantisme des chômeuses et des chômeurs et écarter la menace du socialisme :

> Bennett [...] believed that unemployment insurance would head off the militancy that resulted from cyclical unemployment and that might also result from structural unemployment [...]. 'Iron-Heel' Bennett also recognized that repression alone might not be sufficient to preserve the existing system against the threat of socialism. As he wrote a New Brunswick publisher : '...Tim Buck has today a very strong position in the province of Ontario and he openly demands the abolition of the capitalist system. A good deal of pruning is sometimes necessary to save a tree and it would be well for us in Canada to remember that there is considerable pruning to be done if we are to preserve the fabric of the capitalist system.' (Finkel, 1977, p. 351)[462]

Ces mesures ne seront toutefois pas adoptées avant la défaite électorale de Bennett. Le nouveau gouvernement (libéral) de Mackenzie King soumettra le projet de loi de Bennett sur l'assurance-chômage au test des tribunaux, qui le déclareront inconstitutionnel. Par la suite, l'opposition du Québec et de l'Ontario empêchera la réintroduction au menu législatif d'un programme d'assurance-chômage avant la Seconde guerre mondiale (Finkel, 1977, p. 354-355 ; 1979, p. 93-97). Ce n'est qu'en 1940 que sera finalement adoptée l'assurance-chômage (entrée en vigueur en juillet

[462] Tim Buck était un des dirigeants du Parti communiste du Canada.

1941), qui sera aussi le premier grand programme fédéral d'assurance sociale canadien[463].

Si le contexte institutionnel du fédéralisme canadien – dans lequel les politiques sociales sont de compétence provinciale – contribue à expliquer l'adoption tardive du programme fédéral d'assurance-chômage (Pal, 1986a), on peut considérer que la faiblesse relative du mouvement ouvrier durant les années 1930 – malgré la montée du militantisme – est aussi en cause, d'autant plus que ces barrières institutionnelles tomberont d'elles-mêmes avec le renforcement et la radicalisation du mouvement ouvrier à partir de la fin des années 1930 et durant les années 1940[464]. Selon Finkel :

> During the 1930s, despite the general militancy of both workers and the unemployed, the state machinery had been used effectively to hold back attempts at unionization. The repression of Communists and the CIO, while it defeated neither group, held trade unionists in 1939 to a number not substantially greater than the 1930 figure. By the end of six years of war, however, the trade union movement had more than doubled in membership [...]. Government labour policies during the war were extremely repressive. But it proved impossible to prevent unionization under wartime conditions of full employment and even labour shortages. (1977, p. 357-358)

Ainsi, le nombre de travailleuses et de travailleurs syndiqués double au Canada entre 1940 et 1944, passant de 362 000 à 724 000. Le taux de syndicalisation passe ainsi de 17,3% de la main-d'œuvre non agricole en 1940 à 24,3 % en 1944 (Panitch et Swartz, 1984, p. 138). De plus, « [i]n 1943, one out of every three trade union members was engaged in strike action, a proportion only exceeded in 1919 [au moment de la grève générale de Winnipeg]. » (Panitch et Swartz, 1984, p. 138). Une vague de grèves se produit donc durant les années de guerre, dont plusieurs seront victorieuses : « Between

---

[463] Il ne s'agit cependant pas de la première intervention du gouvernement fédéral dans le domaine des politiques sociales puisque comme cela a été mentionné plus tôt, un programme de pensions de vieillesse à coûts partagés avec les provinces avait été instauré en 1927. Contrairement à l'assurance-chômage, ce programme s'inscrit toutefois dans la tradition des programmes de type résiduel fondés sur un « test des besoins » et réservés aux populations défavorisées.

[464] Ajoutons à cela que le cadre institutionnel particulier du fédéralisme canadien peut aussi être lui-même compris comme le résultat historique de rapports sociaux de classes (Stevenson, 1977).

1941 and 1943, there were a number of strikes in manufacturing industries, many of which resulted in settlements that exceeded the terms of wartime wage control. » (Swartz, 1977, p. 320)

Le renforcement de la classe des travailleuses et des travailleurs, observable dans la montée significative du taux de syndicalisation et de grève durant la guerre, se traduira également au niveau politique par un appui grandissant à la CCF, alimentant la crainte des élites politiques et économiques à l'égard du socialisme[465] : « The militancy of the trade union movement had its counterpart in the rising popularity of left-wing political parties and especially the CCF. » (Finkel, 1977, p. 358 ; voir également Panitch et Swartz, 1984, p. 139) Lors d'une élection partielle en février 1942, « the CCF had successfully argued that the real issue was reconstruction after the war and what working people should expect from governments after having sacrificed so much in defeated fascism. » (Finkel, 1977, p. 358) En août 1943, le parti remporte d'autres victoires importantes aux niveaux national et provincial :

> The forces producing industrial militancy also found a certain political expression. In August 1943 the CCF won 32 per cent of the vote in Ontario and thirty four seats. In the federal by-elections in the same month three out of four seats went to parties of the 'left'[466]. (Swartz, 1977, p. 320)

En septembre 1943, un sondage Gallup place la CCF devant le Parti conservateur et le Parti libéral du Canada, avec 29% d'intention de vote pour la première et 28% pour les deux autres (Caplan, 2015). En 1944, la CCF remporte les élections en Saskatchewan,

---

[465] Finkel va jusqu'à affirmer que « the onset of war strengthened the position of the working class and made it apparent that Bennett had been correct in his prognostication that capitalism was threatened by a working class uprising if reforms were not forthcoming. » (Finkel, 1977, p. 357) S'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure une menace réelle pesait à cette époque sur le système capitaliste, il est clair que les élites politiques et économiques *percevaient* une telle menace.

[466] Deux sièges de l'élection partielle seront remportés par le CCF, et l'autre par le Parti communiste, avec le candidat du CCF en seconde position (Panitch, 1977, p. 20).

ouvrant la porte à l'adoption, dans cette province, des premières mesures d'assurance maladie étatique en Amérique du Nord (Swartz, 1977, p. 323)[467].

Ainsi, au Canada comme dans la plupart des pays occidentaux, la guerre contribuera à favoriser la combativité et à accentuer les attentes des travailleuses et des travailleurs, notamment grâce à l'atteinte du plein-emploi, voire même par moments d'une situation de pénurie de main-d'œuvre :

> [In all Western countries] during the war years, full employment had become a reality as a result of war efforts and the mobilization of a large number of men into the armed forces. For the majority of citizens, full employment had come to be seen as a realistic goal ; they had reasons to believe that it could be politically achieved. What had been achieved in practice was given theoretical backing by the growing support for Keynesian ideas among considerable sectors of policy makers and economists. And in all Western countries, the presence of the Soviet bloc served as a warning allowing the expected postwar disorganization to take the same expressions as after the First World War. (Korpi, 2002, p. 386)

Face au renforcement et à la radicalisation du mouvement ouvrier durant la guerre, et devant la menace perçue par les élites à l'égard du socialisme, la nécessité d'adopter certaines réformes sociales s'impose, au Canada comme ailleurs, comme incontournable. Le président de la National Trust et conseiller politique du Parti conservateur, J. M. Macdonnell, affirmera ainsi dans un discours devant le Toronto Conservatice Businessmen's Club : « 'Would you rather adopt a policy which will retain the largest amount possible of free enterprise or – hand over to the CCF ?' » (cité dans Swartz, 1977, p. 320). De même, une partie au moins du gouvernement libéral de Mackenzie King est convaincue qu'une réponse politique à la radicalisation du mouvement ouvrier est nécessaire (Swartz, 1977, p. 320). Comme dans les autres pays occidentaux, la crainte d'un retour à la récession et à des troubles sociaux importants à

[467] La province adopte un programme universel d'assurance-hospitalisation en 1947 et un programme universel et complet d'assurance-maladie en 1961.

la fin de la guerre contribuera également à motiver la mise en place de certaines mesures sociales :

> King's reaction to these developments was conditioned by the commonly held belief that with the end of the war a severe recession would ensue. Under these conditions a repeat of the 1919 Winnipeg General Strike, on a wider scale, was not, in his mind, a remote possibility. (Swartz, 1977, p. 320)

C'est donc dans le contexte d'une intensification de la mobilisation ouvrière à partir de la fin des années 1930 et durant la guerre que sera adopté le programme d'assurance-chômage en 1940. C'est aussi dans ce contexte que seront mis sur pied, au début des années 1940, un Comité consultatif de la reconstruction, un Comité consultatif de l'assurance-santé ainsi qu'un Comité spécial sur la sécurité sociale, auxquels seront soumis en 1943 le Rapport sur la sécurité sociale au Canada (Rapport Marsh) ainsi que le Rapport sur l'assurance-santé (Rapport Heagerty). S'ensuivra en 1944 l'adoption d'une seconde réforme sociale importante (après l'assurance-chômage), à savoir un programme fédéral d'allocations familiales, premier grand programme de sécurité sociale fédéral à portée universelle[468].

En 1944 sera également adoptée une importante loi sur les relations de travail, l'équivalent canadien du *Wagner Act* adoptée aux États-Unis en 1935, soit au même moment que le *Social Security Act*. Cette loi[469], qui a une « portée considérable », renforce le droit à la négociation collective en « contraignant les employeurs à négocier

---

[468] Il ne fait aucun doute que la mobilisation des groupes de femmes – notamment des femmes québécoises – a joué un rôle décisif dans l'adoption de cette mesure. Voir notamment Baillargeon (2012), Collectif Clio (1992) et Dumont (2008). Notons d'ailleurs que les syndicats internationaux sont à cette époque généralement défavorables aux allocations familiales, « craignant qu'elles ne provoquent une réduction des salaires dans les entreprises. À la vieille de l'adoption de cette mesure par le Parlement fédéral en 1944, ils s'y montrent toujours aussi hostiles. » (Rouillard, 1989, p. 181) Au Québec, seule la CTCC appuie un tel programme, qu'elle revendique dès 1923.

[469] Il s'agit plus précisément du décret CP 1003, qui s'appliquait à l'origine aux seules industries de guerre. Ce décret sera remplacé en 1948 par une loi « permanente » - la *Loi sur les relations industrielles et les enquêtes concernant les différends de travail* – s'appliquant à toutes les travailleuses et tous les travailleurs des industries du secteur privé sous juridiction fédérale (Rouillard, 1989, p. 250 ; Panitch et Swartz, 1984, p. 133).

de bonne foi avec leurs employés » (Rouillard, 1989, p. 207). Elle est considérée par Panitch et Swartz comme ayant fait entrer le Canada dans « [t]he era of free collective bargaining » (Panitch et Swartz, 1984, p. 133). Comme les gains sociaux que sont l'assurance-chômage et le programme d'allocations familiales,

> the labour legislation of the 1940s was a product of an heretofore unparalleled shift in the balance of class forces in Canadian society. Beginning in the mid-1930s and increasing with intensity under national mobilization for war which brought the return of full employment in the early 1940s, Canada witnessed an unprecedented tide of sustained and comprehensive mobilization and politicization. (Panitch et Swartz, 1984, p. 138)

Rouillard abonde dans le même sens : cette loi représente selon lui, au Canada, de « la plus importante [loi] dans le domaine des relations industrielles depuis la légalisation du syndicalisme en 1872 » (1989, p. 207), et elle s'inscrit clairement dans le contexte de radicalisation du mouvement ouvrier canadien durant la guerre :

> En 1942 et 1943, les pressions syndicales sur les entreprises donnent lieu à une vague sans précédent de grèves, la plupart ayant précisément pour objet la reconnaissance syndicale. [...] Ne sont pas étrangers non plus à [la décision du gouvernement de légiférer] les succès du CCF dans les sondages, l'appui qu'a donné à ce parti le Congrès canadien du travail en 1943 et l'intérêt, plus marqué que jamais, du CMTC et de la FPTQ pour l'action politique partisane. (Rouillard, 1989, p. 207)[470]

Cependant, malgré le renforcement du mouvement ouvrier, malgré les recommandations du Rapport Marsh et celles, très pressantes, du Rapport Heagerty, le gouvernement fédéral n'instaurera pas de programme d'assurance-maladie durant les années 1940[471]. À la conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction tenue en 1945, il proposera sans succès un programme de partage des coûts pour les provinces

---

[470] Les trois auteurs soulignent néanmoins les limites de cette loi et, dans le cas de Panitch et Swartz, ses effets pervers à plus long terme pour le mouvement syndical canadien (Rouillard, 1989, p. 252-253 ; Panitch et Swartz, 1984, p. 145-146).

[471] Comme on l'a vu précédemment, seul un programme fédéral de subventions destiné principalement à la construction d'établissements hospitaliers sera instauré en 1948.

qui acceptent d'instaurer un programme d'assurance-maladie respectant certaines conditions. Or, au-delà des difficultés posées par le partage des compétences entre le fédéral et les provinces, il semble que la résistance particulière de la classe capitaliste face à une telle réforme ait aussi joué un rôle dans cet échec.

En effet, selon Swartz, le gouvernement fédéral lui-même avait certaines réserves quant aux coûts éventuels d'un régime d'assurance-maladie, réserves qui reflétaient les préoccupations du milieu des affaires (1977, p. 321). Bien que l'assurance-maladie « enjoyed some industry support » durant les années 1930 (Finkel, 1979, p. 97)[472], la classe capitaliste était en 1945 peu favorable à des réformes supplémentaires :

> More importantly however, it would appear that business was unsettled by the degree of reform already undertaken. Businessmen's concern during this time, that the government was going too far with its reforms, reflected the attitudes of the various 'business' members of King's cabinet [...], all of whom favoured some reforms, but not all of those being considered. [...] By this time the King government had already in their view enacted a substantial program of reform : unemployment insurance (1940), family allowances (1944), and collective bargaining legislation (1944) ; and, in short, as one participant in this period remarked, 'Business didn't want any more.' (Swartz, 1977, p. 321-322)[473]

Ajoutons à cela que, comme nous l'avons vu, la classe capitaliste contribuera de manière décisive à différer jusqu'à la fin des années 1950 l'adoption d'une assurance-maladie étatique en développant, en collaboration avec les institutions hospitalières, des alternatives privées à cette mesure (voir *supra*, chapitre 3). Nous avons vu

---

[472] Finkel souligne néanmoins que la classe capitaliste a joué un rôle décisif dans l'échec de la tentative de réforme introduite par le gouvernement de la Colombie-Britannique durant les années 1930, réforme qui bénéficiait pourtant d'un large appui populaire : « Despite this demonstration of popular support, [le gouvernement] buckled under the opposition of organized business and organized medecine. The program was not introduced. The business community certainly appeared to have the upper hand. Its opposition slowed down certain reforms as effectively as its support insured the adoption of others. » (1979, p. 97-98)

[473] Swartz émet également l'hypothèse que la classe capitaliste était moins sympathique à l'assurance-maladie qu'aux autres programmes sociaux adoptés parce que « unlike family allowances and unemployment insurance it would not augment generalized purchasing power, but rather would commit a large chunk of government money to the purchase of health services and the growth of employment in the (quasi) public sector. » (1977, p. 322)

d'ailleurs que c'est en réponse directe à la menace d'une étatisation de l'assurance-maladie que seront développés ces modèles privés d'assurance collectives au Canada et aux États-Unis. En effet, si nous avons principalement traité du cas du Québec, rappelons que le modèle de la Croix Bleue, importé au Québec à partir des États-Unis, a aussi été reproduit dans les autres provinces canadiennes – et même avec davantage de succès[474] – et qu'il a également pesé sur les débats à l'échelle nationale :

> Le succès du mouvement 'Blue Cross' dans les grandes villes états-uniennes de même que les divers modèles européens trouvent des échos partout au Canada à cette époque et, sur fond de conflit de compétence entre le gouvernement fédéral et les provinces, ils vont y colorer tout le débat autour de l'accès aux soins hospitaliers. (Guérard et Rousseau, 2006, p. 298)[475]

7.1.2.3 Québec

Au Québec c'est, comme nous l'avons vu plus haut (chapitre 3), l'instauration de la Commission des assurances sociales du Québec (Commission Montpetit) en 1930 qui constitue la première incursion sérieuse du gouvernement provincial dans le domaine de la sécurité sociale. Nous avons vu que si cette Commission se situait dans les suites des luttes ouvrières (victorieuses) des années 1920 en matière de santé et sécurité au travail et qu'elle était en bonne partie une réponse aux revendications populaires croissantes en faveur de mesures étatiques de protection sociale, ses conclusions ont dans l'ensemble davantage reflété le point de vue de la classe capitaliste que celui des

[474] Pour une comparaison entre les taux d'adhésion au Québec et dans le reste du Canada, voir Guérard et Rousseau (2002, particulièrement p. 312-313).

[475] Les efforts déployés par la classe capitaliste aux États-Unis et au Canada pour développer une alternative privée à l'assurance-maladie étatique montrent d'ailleurs clairement que si une certaine partie de la classe capitaliste était favorable à une telle mesure, comme le soutient Finkel, la classe capitaliste états-unienne et canadienne préférait largement, dans l'ensemble, un régime d'assurance-maladie privé.

travailleuses et des travailleurs, et la plupart de ses recommandations sont restées lettre morte.

Or, cette Commission siège et publie son rapport au moment où le mouvement syndical québécois est considérablement affaiblit, en bonne partie à cause du chômage massif provoqué par la crise économique. Ainsi, durant la première moitié des années 1930 se produit une baisse importante des effectifs syndicaux :

> Les mises à pied et la constitution d'un vaste réservoir de main-d'œuvre inactive affaiblissent le pouvoir de négociation des syndicats dans les entreprises. Les syndiqués subissent des réductions de salaires, et les conditions de travail se détériorent. Les syndicats perdent environ le tiers de leurs membres au Québec entre 1929 et 1933. (Rouillard, 1989, p. 155)

De même, l'ensemble de la décennie est également marquée, au Québec, par un net recul de la propension à la grève :

> Les difficultés économiques des années trente n'entraînent pas, comme on pourrait le croire, une augmentation du nombre et de l'intensité des grèves et lock-out. Malgré l'accroissement du nombre global des travailleurs dans la province, les conflits de travail diminuent (vingt-deux par année en moyenne). Quant aux pertes en jours ouvrables, elles sont moins onéreuses : la moyenne annuelle se situe à 75 462, niveau beaucoup moins élevé qu'au cours des années précédentes (181 615). Cette chute radicale s'explique par l'affaiblissement du pouvoir des travailleurs au moment de la crise économique. (Rouillard, 1989, p. 190)

De plus, alors que la CCF exerce une pression significative sur le gouvernement fédéral et sur plusieurs gouvernements provinciaux, elle est pratiquement absente du paysage politique québécois : « Au Québec, le CCF ne réussit pas à se donner des assises solides dans les années 1930. Le parti, qui ne compte que 183 membre en décembre 1936, ne déborde guère les milieux anglophones et juifs de Montréal. » (Rouillard, 1989, p. 188) Le mécontentement ouvrier à l'égard du Parti libéral du Québec, au pouvoir depuis la fin du XIXe siècle, est plutôt canalisé par l'Action libérale nationale (ANL), mouvement politique qui émerge en 1934 et qui, suite à une entente avec le Parti

conservateur du Québec – alors dirigé par Maurice Duplessis –, donnera naissance à l'Union nationale en 1935 (Rouillard, 1989, p. 184-185).

L'ANL est créée à l'initiative de jeunes libéraux progressistes inspirés par le Programme de restauration sociale de l'Église catholique québécoise (Rouillard, 1989, p. 184). Élaboré par des membres du clergé « précisément pour faire échec à la diffusion des idées 'socialistes' du CCF » (Rouillard, 1989, p. 188), ce programme et les réformes qu'il promeut ne seront toutefois que très partiellement appliqués par l'Union nationale lorsque ce parti arrive au pouvoir en 1936 : « Au cours de son premier mandat (1936-1939), le gouvernement de l'Union nationale concrétise un certain nombre des réformes promises, mais se montre prudent à l'égard du grand capital. » (Rouillard, 1989, p. 185) Ainsi, il adhère à la fin de 1936 au régime fédéral de pensions de vieillesse[476] et se résout en 1937 à adopter un programme de pension pour les mères de famille veuves ou abandonnées, réclamé depuis la Première guerre mondial par le mouvement syndical et les groupes de femmes (Rouillard, 1989, p. 180-181 ; Baillargeon, 2012 ; Collectif Clio, 1992). Néanmoins, le premier gouvernement de l'Union nationale se distinguera surtout par son anti-syndicalisme féroce, et il provoquera rapidement « la désillusion des milieux syndicaux sur le caractère réformiste du gouvernement. » (Rouillard, 1989, p. 186)

Notons par ailleurs que l'adoption de ces deux réformes sociales correspond à un certain regain du mouvement syndical québécois qui, à la faveur d'une reprise économique à partir de 1936, connaît de nouveau une croissante importante de ses effectifs, qui concerne cependant surtout les syndicats catholiques : « alors que les syndicats catholiques connaissent une croissance remarquable (augmentation de 40% de 1936 à 1940), les unions internationales maintiennent un niveau d'affiliation à peu

[476] Rappelons que ce programme de partage des coûts entre le fédéral et les provinces était en vigueur depuis 1927 sans que le Parti libéral du Québec – davantage fédéraliste que nationaliste – accepte d'y adhérer. Que cette adhésion ait plutôt été le fait du gouvernement nationaliste et autonomiste de Maurice Duplessis indique que les conflits de juridiction entre le fédéral et les provinces ne suffisent pas à expliquer le retard du Canada et du Québec en matière de politiques sociales.

près stable jusqu'à la guerre. » (Rouillard, 1989, p. 155-156) Ces gains d'effectifs réalisés à partir de la seconde moitié des années 1930 ont comme résultat que malgré la crise, « [l]e nombre de syndiqués québécois double en dix ans, de 1931 à 1941 : [...] il passe de 72 100 à 157 700, soit de 9% à 16,8% de la population active non agricole. » (Rouillard, 1989, p. 156). De plus, plusieurs grèves majeures surviennent au Québec en 1937, et notamment celle des ouvrières et des ouvriers de l'industrie du textile, qui est « le plus important conflit ouvrier à survenir alors au Québec » (Rouillard, 1989, p. 190). Ainsi, l'année 1937 « comte à elle seule 43% des jours ouvrables perdus » durant la décennie (Rouillard, 1989, p. 190).

Ce renforcement du mouvement ouvrier québécois, amorcé vers la fin des années 1930, s'amplifiera considérablement durant la Seconde guerre mondiale. Au Québec comme ailleurs, l'économie de guerre et la mobilisation d'une partie de la main-d'œuvre génèrent une situation de plein-emploi qui stimule la combativité et les attentes du mouvement ouvrier. Durant cette période, le mouvement syndical « rompt avec l'attentisme de l'entre-deux-guerres et renoue avec le militantisme du début du siècle. » (Rouillard, 1989, p. 199) Pendant la guerre, « les effectifs syndicaux font un bond important de 64% » et passent de 157 700 en 1941 à 259 700 en 1946 (Rouillard, 1989, p. 201) ; le taux de syndicalisation passe quant à lui de 20,7% des salariées et des salariés en 1941 à 29,3% en 1946 (Rouillard, 1989, p. 201). De même, le nombre de grèves augmente aussi considérablement durant cette période : « Alors que, pendant les années trente, le Québec enregistrait en moyenne 22 conflits par années, il en compte trois fois plus pendant la guerre. » (Rouillard, 1989, p. 272) Des sommets sont atteints en 1942 et 1943, avec respectivement 135 et 109 grèves durant ces deux années (Rouillard, 1989, p. 274).

C'est donc dans un contexte de radicalisation grandissante du mouvement ouvrier québécois que le gouvernement du Québec – alors dirigé par le Parti libéral d'Adélard Godbout – donnera en 1940 son appui au programme fédéral d'assurance-chômage et

qu'il adoptera, deux semaines avant le gouvernement fédéral, un équivalent québécois au *Wagner Act* états-unien : la Loi des relations ouvrières de 1944 (Rouillard, 1989, p. 250). Comme au niveau fédéral, l'adoption de cette loi est le résultat des pressions syndicales et du militantisme ouvrier :

> Ce sont les syndicats internationaux qui s'en sont faits les promoteurs au Québec, après l'adoption aux États-Unis de la loi Wagner en 1935. [...] Au Québec, craignant qu'Ottawa ne profite de la guerre pour étendre sa juridiction à l'ensemble des industries, le gouvernement Godbout vote une loi similaire à la loi Wagner [...]. Le Québec allait légiférer de toute façon, comme le lui avait recommandé l'année précédente la commission d'enquête Prévost sur les conflits aux usines Price. (Rouillard, 1989, p. 250-251)

7.1.2.4 Au sortir de la guerre : vers un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs

On constate donc que le cadre institutionnel particulièrement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs qui marquera les années d'après-guerre – le « modèle de développement providentialiste et fordiste » (Jetté, 2008) – s'est en bonne partie constitué durant les décennies précédentes et que les rapports entre les classes ont joué un rôle important dans ces développements. Rappelons que les principales caractéristiques de ce cadre institutionnel sont : 1) des lois renforçant les droits syndicaux ; 2) des politiques macro-économiques favorisant le plein-emploi ; et 3) un système plus ou moins étendu de programmes de sécurité sociale.

Or, on a vu que c'est sous la menace du militantisme et de la radicalisation du mouvement ouvrier que seront posées – dès la fin du XIXe siècle dans certains pays européens et durant les années 1930 et 1940 aux États-Unis et au Canada – les bases de l'État-providence, qui seront consolidées dans la plupart des pays occidentaux durant les années qui suivront la Seconde guerre mondiale. C'est aussi sous la pression

du mouvement syndical que seront adoptées dès 1935 aux États-Unis et en 1944 au Canada et au Québec des lois importantes renforçant le droit à la négociation collective.

Quant aux politiques de plein-emploi, il semble que les attentes de la population à cet égard (stimulées par l'atteinte *de facto* du plein-emploi durant la guerre), la menace posée par l'Union Soviétique et la crainte d'un retour à la récession et à des troubles sociaux suite à la guerre ont encouragé « the strategic political choice to give top priority to full employment » (Korpi, 2002, p. 390). Selon Korpi, la mise en place dans la plupart des pays occidentaux de politiques macro-économiques favorables au plein-emploi est aussi le résultat du renforcement considérable, au sortir de la Seconde guerre mondiale, des partis politiques de gauche et du mouvement syndical dans plusieurs pays européens :

> it is striking that the shift form mass unemployment to full employment was contemporaneous with another sea change taking place in the political arena : the full scale appearance of a new type of major contender for government power. The political scene was thus drastically changed, when in the years after the end of the Second World War the formerly rather weak Left political tendency greatly increased its political strength as did its political allies in the trade unions. For first time in the history of capitalism, Left parties now emerged either as government parties or major opposition parties in most of our countries. (Korpi, 2002, p. 385-386)[477]

Bien sûr, considérant la faiblesse relative du mouvement ouvrier nord-américain, les gains sociaux et syndicaux de la classe des travailleuses et des travailleurs seront moins rapides et moins importants en Amérique du Nord qu'en Europe de l'Ouest, et le Canada et les États-Unis n'adopteront pas aussi vigoureusement qu'ailleurs une politique économique axée sur l'atteinte du plein-emploi, malgré les revendications en

[477] Selon Korpi, il n'est pas nécessaire qu'un parti de gauche ait été au pouvoir pour favoriser la mise en œuvre d'une politique macro-économique centrée sur le plein-emploi. Il suffit pour cela que les partis de gauche aient été assez puissants pour menacer les partis libéraux ou conservateurs. On assiste dans ce cas à un phénomène de « contagion de la gauche », c'est-à-dire que les partis en place prennent l'initiative d'appliquer certains aspects du programme des partis de gauche, comme des politiques de plein-emploi (Korpi, 2002, p. 387-389).

ce sens du mouvement syndical (Korpi, 2002, p. 387-389 ; Panitch, 1977, p. 20-22 ; Rouillard, 1989, p. 256). Néanmoins, ces gains seront suffisants pour donner une impulsion considérable au mouvement ouvrier durant les années d'après-guerre, ce qui favorisera, au Québec comme ailleurs, les luttes ouvrières en faveur du partage des fruits de la croissance économique exceptionnelle qui caractérise cette période.

7.1.3 1945-1960 : Les rapports de classe et le partage des fruits de la croissance économique

7.1.3.1 Tendances internationales

Tout comme la mise en place du « compromis fordiste et providentialiste », la croissance importante du niveau de vie des travailleuses et des travailleurs qui marquera les décennies d'après-guerre dans la plupart des pays occidentaux est médiatisée par les rapports de classe et ne doit pas être comprise comme le résultat automatique du « Grand Boom », même si la croissance économique soutenue des « Trente glorieuses » a également joué un rôle pour faciliter les gains ouvriers durant la période. En effet, les taux de croissance importants de l'époque ont contribué : 1) à favoriser le maintien d'une situation de plein-emploi (et donc un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs) (Lafrance, 2007, p. 17) ; 2) à aiguiser les attentes (et donc la combativité) des travailleuses et des travailleurs (Lafrance, 2007, p. 17) ; et 3) à atténuer la résistance de la classe capitaliste à l'égard des revendications sociales et salariales du mouvement ouvrier puisqu'ils permettaient aux capitalistes de préserver malgré tout « a stable share of an increasing pie » (Harvey, 2005, p. 15 ; voir également Lafrance, 2007, p. 14 ; Korpi, 2002, p. 392 ; Ehrenreich et Piven, 2006, p. 81).

Quoiqu'il en soit, il est clair que le partage des fruits de cette croissance est aussi largement tributaire des luttes ouvrières et du rapport de force entre les classes. Grâce aux arrangements institutionnels favorisant le renforcement des droits syndicaux, le maintien d'une économie de plein-emploi et la consolidation d'un filet de sécurité sociale, la classe des travailleuses et des travailleurs sera globalement, durant les années qui suivront la Seconde guerre mondiale, dans une position exceptionnellement favorable pour négocier de meilleurs salaires et conditions de travail et pour revendiquer le renforcement des gains législatifs et sociaux des décennies précédentes :

> After the end of the Second World War, industrial conflict did not 'wither away' as many had expected. [...] In most of our countries [...] involvement in industrial conflict markedly increased in the period 1946-72 and even more so in 1973-84. In a historical perspective, The Great Trough thus stands out as a period in the Western countries during which the position of wage earners and employees in distributive conflicts was stronger than ever before, something reflecting the combination of their increased organizational capacity via political parties and unions and the generally high labor demand. Involvement in industrial disputes escalated. (Korpi, 2002, p. 390-391)

Le renforcement et la combativité grandissante de la classe des travailleuses et des travailleurs aura notamment pour effet de restreindre le pouvoir économique et l'appropriation des fruits de la croissance par la classe capitaliste et d'en favoriser le partage au profit des travailleuses et des travailleurs :

> One condition of the post-war settlement in almost all countries was that the economic power of the upper classes be restrained and that labour be accorded a much larger share of the economic pie. In the US, for example, the share of the national income taken by the top 1 per cent of income earners fell from a pre-war high of 16 per cent to less than 8 per cent by the end of the Second World War, and stayed close to that level for nearly three decades. (Harvey, 2005, p. 15)

De plus, au-delà des gains strictement économiques, le développement d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs signifiera également, dans la plupart des pays occidentaux, une capacité d'influence beaucoup plus grande du mouvement ouvrier sur les gouvernements : « Working-class institutions such as

labour unions and political parties of the left had a very real influence within the state apparatus. » (Harvey, 2005, p. 11-12) Il en découlera des gains législatifs et sociaux supplémentaires qui permettront de consolider et de renforcer encore davantage les droits syndicaux et les programmes de sécurité sociale acquis au cours de la période précédente.

7.1.3.2 Canada et Québec

Ces tendances, observables dans la plupart des pays occidentaux, peuvent également être décelées, quoique dans une moindre mesure, au Canada et au Québec durant la même période. Malgré les défaites de la CCF aux élections fédérales et ontariennes de 1945, la mobilisation ouvrière persiste au Canada après la Seconde guerre mondiale : « While the possibility of any direct political challenge had largely evaporated by 1945, as evidenced in the Ontario and federal elections of that year, the industrial militancy, while abating in 1944 and early 1945, did not pass away. » (Panitch et Swartz, 1984, p. 138) Le taux de syndicalisation atteint ainsi le nouveau sommet de 30,3% de la main-d'œuvre non agricole en 1948 (Panitch et Swartz, 1984, p. 138), taux qui, par la suite, reste cependant stable jusque dans les années 1960 (Panitch et Swartz, 1984, p. 141).

Au Québec, la progression du taux de syndicalisation ralentit aussi suite à la guerre, « les effectifs syndicaux n'augmentant qu'au rythme de la main-d'œuvre. Le taux de syndicalisation reste donc à peu près identique [autour de 30%] de 1946 à 1961. » (Rouillard, 1989, p. 201) Néanmoins, on assiste à une intensification des conflits de travail : si les grèves sont moins nombreuses que durant les années de guerre (en moyenne 35 grèves par année entre 1946 et 1960 contre une moyenne de 73 grèves par année durant la guerre), elles sont beaucoup plus importantes en termes de jours-personne perdus (Rouillard, 1989, p. 274). La période entre 1945 et 1960 est en effet

marquée au Québec par plusieurs grèves majeures, notamment celle de l'amiante de 1949 qui, avec 5000 travailleuses et travailleurs impliqués durant plus de quatre mois, « est la plus importante à survenir dans la province à l'époque » (Rouillard, 1989, p. 278), et celle de Murdochville en 1957, qui s'étendra sur sept mois (Rouillard, 1989, p. 282). Globalement, entre 1940 et 1960,

> [l]e mouvement syndical [québécois] acquiert alors une vigueur qui permet aux salarié-e-s de profiter de la prospérité d'après-guerre. Pour la plupart des syndiqué-e-s, la semaine de travail est ramenée de 48 heures à 40 heures entre 1940 et 1960. Ces années sont aussi caractérisées par une augmentation très appréciable de leur pouvoir d'achat : 50% en prenant comme indicateur le salaire horaire réel moyen. D'autres bénéfices s'ajoutent comme des semaines de vacances, des congés de maladie, des régimes de retraite, etc. (Rouillard, 2014, p. 15)

Néanmoins, malgré un rapport de force plutôt favorable qui permet aux travailleuses et travailleurs de faire des gains significatifs sur le plan des salaires et des conditions de travail, peu d'avancées se produisent au niveau des politiques sociales sur la scène provinciale avant le début des années 1960. Confronté au conservatisme et à l'antisyndicalisme féroce de l'Union nationale, qui domine la scène politique québécoise durant presque toute la période (de 1944 à 1960 sans discontinuer), le mouvement syndical québécois fait face à un certain blocage politique qui l'empêche de traduire sa combativité dans les relations de travail en gains sociaux importants au niveau législatif.

Ce blocage politique est d'autant plus important que les quelques tentatives du mouvement syndical de l'époque pour s'organiser politiquement sur une base autonome seront un échec. En effet, durant les années 1940 et 1950, le mouvement syndical québécois, motivés notamment par l'anti-syndicalisme agressif du gouvernement de Duplessis, sera tenté de rompre à quelques reprises avec son apolitisme traditionnel (Rouillard, 1989, p. 262-273) : certains syndicats internationaux donneront officiellement leur appui à la CCF et, plus tard, au projet de

fondation d'un nouveau parti politique social-démocrate, qui deviendra le NPD en 1961. La FUIQ et la FTQ auront même le projet, durant les années 1950, de fonder un parti social-démocrate provincial. Néanmoins, la tentative de la FUIQ se soldera par un échec, et la FTQ choisira d'attendre la création du NPD sur la scène fédérale avant de tenter d'organiser une section québécoise de ce parti. Et malgré les appuis symboliques et organisationnels à la CCF, ce parti ne parviendra jamais à s'implanter au Québec :

> Le CCF, qui n'a reçu que peu d'appui en milieu francophone, a une longue pente à remonter [au Québec]. Taxé de parti socialiste, il est ouvertement attaqué par le clergé catholique et son programme centralisateur ne lui attire pas la sympathie des intellectuels francophones. Et même si, suivant le mot d'ordre de leur centrale, le Conseil du travail de Montréal (CCT) et la FUIQ forment des comités d'action politique pour prêter main-forte aux candidats CCF au Québec, les résultats sont très décevants, le CCF recevant moins de 2% des suffrages québécois aux élections fédérales de 1949, de 1953 et de 1957. (Rouillard, 1989, p. 266-267)

Malgré le blocage politique persistant sur la scène provinciale, il faut rappeler toutefois que c'est le gouvernement fédéral qui constitue le principal interlocuteur du mouvement syndical en matière de politiques sociales. Ceci est vrai également pour le mouvement syndical québécois, même si celui-ci est plus sensible que les centrales canadiennes à l'enjeu du respect des compétences provinciales (voir *supra*, chapitre 3). C'est en effet au niveau fédéral que sont portées les revendications pour une amélioration de l'assurance-chômage, des allocations familiales et des pensions de vieillesse (Rouillard, 1989, p. 258), et des gains importants sont fait à cet égard durant la période, en particulier au niveau des pensions de vieillesse puisque ce programme, jusqu'alors réservé aux personnes les plus démunies, sera universalisé en 1952[478].

---

[478] Le programme résiduel de financement fédéral des programmes provinciaux de pensions de vieillesse créé en 1927 est remplacé en 1952 par la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* qui instaure un programme entièrement fédéral (et universel) de pensions de vieillesse. Notons que l'adoption de cette loi a été précédée d'une modification aux lois constitutionnelles à laquelle Maurice Duplessis a donné son accord. On constate donc, encore une fois, que le nationalisme de Duplessis ne constitue pas un obstacle absolu

Suite à l'adoption de ces trois grands programmes sociaux fédéraux entre 1940 et 1952, c'est cependant l'instauration d'un programme d'assurance-maladie qui, en matière de politiques sociales, devient la grande priorité du mouvement syndical durant les années 1950, non seulement au Québec (Rouillard, 1989, p. 256-258 ; Tremblay, 1972, p. 213 ; *supra*, chapitre 4), mais aussi dans d'autres provinces canadiennes, notamment l'Ontario (Swartz, 1977, p. 323). En effet, alors que l'Ontario avait jusqu'à ce moment rejeté l'intervention du gouvernement fédéral dans ce domaine de compétence provincial, le premier ministre ontarien de l'époque, Leslie Frost, annonce à la conférence fédérale-provinciale de 1955 que sa province souhaite l'instauration d'un programme fédéral d'assurance-hospitalisation :

> Indeed, despite his request, Frost personally opposed hospital insurance, fearing that the taxes required would undermine Canada's international competitiveness and reduce the home market for commodities. Writing to St Laurent [le premier ministre canadien] to explain his request, Frost stated that he was under 'tremendous pressure' from the unions, and health insurance (in whole or part) was in any case inevitable sooner or later. (Swartz, 1977, p. 323)[479]

Selon Swartz, c'est de mauvais gré et sous la pression de l'Ontario et des deux provinces déjà dotées d'une assurance-hospitalisation provinciale – la Saskatchewan et la Colombie-Britannique[480] – que le gouvernement fédéral introduit en 1957 la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1977, p. 324). Malgré les

---

à l'intervention fédérale dans les champs de compétence provinciale. Ce gain montre également que le « blocage politique » sur la scène politique québécoise doit être relativisé, même s'il est bien réel.

[479] Fait intéressant, le revirement de l'Ontario s'explique également en partie par les problèmes financiers chroniques des hôpitaux qui pèsent à l'époque sur les finances de la province et auxquels les compagnies d'assurances privées sont incapables d'apporter de solution viable. Les explications de Swartz à cet égard suggèrent d'ailleurs qu'une dynamique semblable à celle présente au Québec était à l'œuvre en Ontario à la même époque (voir *supra*, chapitre 3) : « A further consideration, which explains why the Frost government was only interested in hospital insurance, was the financial burden on the province of the hospital network. Since 1948, pushed by the availability of federal grants, all provinces had helped finance hospital construction. Yet with less than 50 per cent of the population having any hospital insurance, many hospitals incurred deficits, putting pressure on the province to keep them solvent. » (Swartz, 1977, p. 323)

[480] Celle-ci a été adoptée en 1949 « at the instigation of the Liberal half of the Liberal-Tory coalition government in an abortive attempt to free the province from the 'spectre of socialism'. » (Swartz, 1977, p. 323)

pressions des centrales syndicales qui font front commun pour l'occasion (voir *supra*, chapitre 4), le gouvernement québécois de Maurice Duplessis refuse cependant d'adhérer au programme, sous prétexte qu'il s'agit d'une intrusion du gouvernement fédéral dans un domaine de compétence provincial (Rouillard, 1989, p. 258)[481]. Il faudra attendre la chute de l'Union nationale en 1960 et l'avènement du gouvernement libéral de Jean Lesage avant que le Québec y adhère en 1961, dans la foulée de ce qu'il est désormais convenu d'appeler la « Révolution tranquille ».

Or, nous verrons maintenant que c'est dans un contexte généralisé (international) de radicalisation sans précédent de la classe des travailleuses et des travailleurs que se situe le « contexte de la Révolution tranquille » auquel réfère la littérature sur les CLSC pour expliquer la forme prise par ce modèle – exceptionnel dans le monde capitaliste occidental – de dispensation des services socio-sanitaires de première ligne. En effet, à bien des égards, et sans nier son caractère particulier, cet épisode marquant de l'histoire du Québec peut être compris comme la manifestation de tendances qui débordent largement le contexte provincial ou même national.

7.2 1960-1980 : La radicalisation des travailleuses et des travailleurs

7.2.1 Tendances internationales

Les années 1960 ouvrent une période de mobilisation et surtout de radicalisation sans précédent de la classe des travailleuses et des travailleurs non seulement au Québec, mais aussi partout dans les pays occidentaux. Cette période de radicalisation – qui atteint son sommet à la fin des années 1960 et au début des années 1970 mais qui

[481] Rappelons que ces scrupules – et son conservatisme – n'ont pas empêché Duplessis de donner son accord à une modification constitutionnelle permettant l'adoption du programme fédéral de pensions de vieillesse en 1952.

s'étend jusqu'au début des années 1980 – s'est en bonne partie construite sur les gains ouvriers des décennies précédentes qui, avec la croissance économique du « Grand Boom », ont contribué à stimuler les attentes et à renforcer considérablement les travailleuses et les travailleurs face aux employeuses et employeurs ainsi que face à l'État. Notamment, le cadre institutionnel « providentialiste et fordiste » qui caractérise les années d'après-guerre a joué à cet égard un rôle décisif :

> In the late 1960s and early 1970s, the Western world was hit by one of the largest strike waves of its history. As a mood of resistance surged throughout the globe, every North American and Western European country was affected by it. The universal character of this upsurge was not unrelated to preceding decades of universal booming economic performances and to the post-World War II implementation of similar sets of institutions shaping industrial relations and broader class relations in these countries. (Lafrance, 2007, p. 14-15)

Cette période de radicalisation est notamment marquée par le fait que les organisations syndicales seront dans bien des cas dépassés par leur propre base : rejets des ententes de principes négociées et grève illégales menées souvent contre l'avis des dirigeantes et des dirigeants syndicaux deviennent de plus en plus fréquents durant les années 1960, tant aux États-Unis que dans plusieurs pays européens (Lafrance, 2007, p. 20-22). On constate également une certaine « politisation » et un certain virage idéologique des mouvements syndicaux et populaires qui, dans bien des cas, n'hésitent plus à se réclamer du socialisme et à contester les fondements mêmes de l'organisation sociale capitaliste. Dans plusieurs pays se produisent des épisodes de perturbations et de contestations sociales majeurs qui prennent une envergure nationale et qui conduisent les travailleuses et les travailleurs à des gains considérables. Dans certains cas, on va même jusqu'à tenter de remettre en question le pouvoir de la classe capitaliste au sein des entreprises :

> In the 1960s and 1970s, widespread conflicts flared up, such as the events in France in May 1968, the 'hot autumn' in Italy in 1969, the German rise in 1971, and the prolonged miners' strike in Britain in 1973-1974. Furthermore, in several countries, we find major proposals or legislation improving the position of

> workers at the workplace. Countries such as Britain, Denmark, and Sweden also saw attempts to encroach on traditional managerial prerogatives as well as on capital formation. (Korpi, 2002, p. 391)

C'est aussi à cette époque qu'émergent dans plusieurs pays des mouvements populaires – mouvement pour les droits civiques, mouvement étudiant, mouvement féministe, mouvement anti-guerre – qui s'organisent à l'extérieur des organisations ouvrières traditionnelles que sont les syndicats et les partis politiques et qui participent à la radicalisation de la classe des travailleuses et des travailleurs dans son ensemble (Lafrance, 2007, p. 22-25). Selon Ehrenreich et Piven, ces mouvements – et en particulier le mouvement antiraciste pour les droits civiques – ont joué un rôle central aux États-Unis pour stimuler durant les années 1960 l'extension des programmes sociaux gagnés au plus fort de la crise des années 1930 :

> The resurgence of protest movements in the 1960s led to the resurgence of the welfare state initiatives. The protests were spearheaded by the black freedom movement which began in the South as a movement for civil rights, and then spread to the cities of the North where it became a king of poverty rights movement. [...] Moreover, the black freedom movement became a template for other movements, among women, environmentalists, and youth. (Ehreireich et Piven, 2006, p. 80)

7.2.2 La radicalisation du mouvement syndical au Canada et au Québec

Au Canada et au Québec, des tendances similaires sont également à l'œuvre. En fait, durant les années 1970, le Canada se retrouve à l'avant-garde des pays occidentaux pour ce qui est du nombre de jours-personnes perdus en grève, comme le constate Panitch en 1977 : « days lost in strikes in Canada has recently been higher than in any country in the West with the exception of Italy, amounting to an average of some five million working days lost and 400 000 strikers per year in the 1970s. » (Panitch, 1977,

p. 22-23)[482] Comme dans plusieurs autres pays, cette vague de grèves sans précédent se produit dans un contexte où les militantes et les militants de la base contestent le leadership de leurs propres organisations syndicales : à partir du début des années 1960, « [a]n unprecedented wave of rank-and-file rejections of settlements negotiated by union leaders commenced and strikes increased sharply, as did defiance of court orders regarding pickets. » (Swartz, 1977, p. 325)

C'est dans ce contexte que sera instauré en 1966 le programme fédéral d'assurance-maladie à frais partagé, qui semblait de plus en plus inévitable avec la forte mobilisation du mouvement syndical autour de cet enjeu, avec l'adoption en 1961 de l'assurance-maladie universelle par la CCF en Saskatchewan et avec la publication en 1964 du rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall) (Swartz, 1977, p. 325-326). Cette Commission est mise sur pied sous la pression de l'Association médicale canadienne et de la Canadian Life Insurance Officers Association qui, suite à l'instauration de l'assurance-maladie en Saskatchewan, espèrent de cette manière freiner des développements semblables dans les autres provinces et à l'échelle canadienne (Swartz, 1977, p. 325 ; Musée canadien de l'histoire, [s. d.]). Or, contre toutes attentes, le rapport publié en 1964 prend fermement position en faveur d'une assurance-maladie publique et universelle (Swartz, 1977, p. 325)[483]. Il faudra toutefois attendre jusqu'en 1970 avant que l'ensemble des

---

[482] Rouillard est arrivé plus récemment à des conclusions semblables : « Dans les années 1970, la progression des conflits de travail est tout aussi spectaculaire dans les autres provinces canadiennes et dans la plupart des pays occidentaux. Le Canada reste néanmoins l'un des pays les plus touchés par les grèves. » (Rouillard, 2004, p. 207)

[483] Mentionnons qu'en réaction au rapport, l'ancien ministre de la santé de la Saskatchewan déclare que la Commission « souscrit presque inconditionnellement aux politiques de la CCF » (Musée canadien de l'histoire, [s. d.]). Ce rapport, qui alimentera durant les années 1960 l'argumentaire des centrales syndicales québécoises et qui aura une influence considérable sur les membres de la CESBES (Lesemann, 1981) est donc lui-même, dans une certaine mesure, le résultat des initiatives d'un parti proche des milieux syndicaux, dont les politiques sanitaires influenceront d'ailleurs le contenu du rapport.

provinces y adhèrent et que le programme fédéral instauré en 1966 soit pleinement mis en œuvre.

Si le Canada est durant les années 1970 à l'avant-garde des pays occidentaux en ce qui concerne l'activité de grève, le mouvement syndical québécois se retrouve lui-même, à partir du début des années 1960, à l'avant-garde de celui du reste du Canada sous plusieurs aspects. Ainsi, au niveau de la multiplication des conflits de travail, « [t]he situation was particularly acute in Quebec » (Swartz, 1977, p. 325). En effet, une vague de grèves illégales entre 1963 et 1965 dans les secteurs de la santé et de l'éducation forcent les centrales syndicales québécoises – qui étaient jusqu'alors plutôt complaisantes à l'égard des réformes proposées par le nouveau gouvernement libéral – à durcir leurs revendications en matière de droit du travail et à exiger la reconnaissance du droit à la négociation collective et à la grève pour les travailleuses et travailleurs du secteur public (Rouillard, 1989, 298-301 ; Panitch et Swartz, 1984, p. 142). Ce droit est obtenu en 1964 pour les travailleuses et les travailleurs des hôpitaux, des commissions scolaires et des municipalités, et il est étendu à l'ensemble de la fonction publique provinciale en 1965 : « Résultat de la combativité des syndiqués, ces deux lois placent le Québec à l'avant-garde de la législation du travail en Amérique du Nord. » (Rouillard, 1989, p. 300-301)

Le mouvement syndical dans le reste du Canada se retrouve donc soudainement à la remorque du mouvement syndical du Québec en ce qui concerne les droits syndicaux : « The breakthrough in Quebec sent shockwaves reverberating throughout Canada because the reforms went well beyond what had been achieved in English Canada. » (Panitch et Swartz, 1984, p. 142). C'est d'ailleurs aussi la combativité du mouvement syndical québécois qui permettra à cette percée majeure dans le domaine des lois du travail d'être étendue dans les autres provinces (Panitch et Swartz, 1984, p. 143) ainsi qu'au niveau de la fonction publique fédérale :

> Moreover, federal public sector workers in Quebec were part of the politicization process of the Quebec working class and were galvanized to intensify their efforts to win the same demands from their own employer. Pressure from Quebec was a poweful boost to the growing insistence of federal workers generally for bargaining rights [...]. (Panitch et Swartz, 1984, p. 142)

En particulier, la grève des postières et des postiers de Montréal en 1965 jouera un rôle déterminant à cet égard :

> Le militantisme des travailleurs québécois se fait également sentir au niveau fédéral. La grève illégale des facteurs et des postiers montréalais, en 1965, précipite la décision du gouvernement central de reconnaître, deux ans plus tard, le droit à la négociation et à la grève pour tous ses employés. (Rouillard, 1989, p. 301)[484]

Ces gains majeurs contribueront d'ailleurs de manière décisive, après la relative stagnation du taux de syndicalisation durant les années 1950, à une augmentation importante des effectifs syndicaux durant les années 1960. En effet, grâce au nouveau droit acquis à la négociation collective et à la grève dans le secteur public, le mouvement syndical québécois réussira à réaliser « la syndicalisation presque complète du secteur public et parapublic » durant les années 1960 (Rouillard, 1989, p. 289). En conséquence, les effectifs syndicaux doublent en une décennie, passant de 353 300 membres en 1961 à 728 263 en 1971 (avec une augmentation de 42,8% pour les seules années 1963-1966), et le taux de syndicalisation passe durant les mêmes années de 30,5% à 37,6% (Rouillard, 1989, p. 289). Le mouvement syndical québécois se retrouve ainsi, sur ce plan également, à la tête du mouvement syndical en Amérique du Nord : selon le ministère du Travail, « [l]e taux de syndicalisation au Québec atteint [durant les années 1970] près de 40%, un des plus élevés du continent. » (Ministère du Travail, 2011, p. 30) Selon Fortin (2008), le taux de syndicalisation au Québec est à

[484] Selon Panitch et Swartz, cette grève illégale et celle des postières et postiers de Colombie-Britannique « did much to persuade the government that making strikes illegal was no guarantee of preventing them. » (1984, p. 143)

partir de la seconde moitié des années 1960 (et est encore aujourd'hui) le plus élevé en Amérique.

Comme la plupart des pays occidentaux durant cette période, le Québec connaît également une montée spectaculaire du nombre et de l'intensité des grèves, nourrie notamment par une radicalisation importante du mouvement syndical québécois :

> La radicalisation du mouvement syndical au cours de la période se traduit par une augmentation spectaculaire du nombre et de l'intensité des conflits de travail. La combativité des travailleurs et travailleuses se manifeste avec une vigueur supérieure à celle de toute autre période. De 1961 à 1980, il y a quatre fois plus de grèves et lock-out (4,5) et trois fois plus de jours-personnes perdus par 100 salariés (3,4) qu'au cours des 20 années antérieures. (Rouillard, 2004, p. 206)

Et si, durant les années 1970, le Canada est, avec une moyenne annuelle de cinq millions de jours-personnes perdus, à l'avant-garde des pays occidentaux quant à l'activité de grève, le Québec se distingue à la même époque par des records spectaculaires en la matière :

> L'augmentation des conflits de travail, qui se manifeste dès 1965, s'accentue encore davantage au cours des années 1970. Le militantisme des travailleurs et travailleuses repose sur des attentes élevées envers le système économique qu'ils estiment toujours en mesure d'améliorer leurs conditions de travail et leur niveau de vie. Les grèves et lock-out atteignent un sommet en 1976 avec *six millions et demi* de jours de travail perdus [au Québec seulement !]. Les travailleurs, confrontés à la forte inflation du milieu de la décennie, se refusent d'en faire les frais par une baisse de leur salaire réel alors que les entreprises en tirent profit. (Rouillard, 2004, p. 206)[485]

Dans son mémoire annuel soumis au gouvernement en mai 1975, la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ) déplore d'ailleurs que « le nombre jours/hommes perdus dans les conflits de travail [au Canada et au Québec] est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE », avec pour résultat que « le rythme

[485] C'est nous qui soulignons. Le ministère du Travail considère que ces six millions et demi de jours de travail perdus en 1976 constituent « un record de tous les temps. » (Ministère du Travail, 2011, p. 30)

d'augmentation de la moyenne de nos salaires est le double de celui des États-Unis » (CCPQ, 1975, p. 5). La CCPQ fait également remarquer dans une des éditions de son périodique officiel que « le Québec, qui compte 27% de la population du Canada, enregistrait 55% des jours-hommes perdus en 1976 à cause de conflits ouvriers. »[486] Elle ajoute : « Le climat social de la province a dégénéré en une situation d'affrontement constant et de provocation ouverte des autorités judiciaires. »[487] Si l'augmentation du taux de syndicalisation durant les années 1960 est en bonne partie attribuable aux nouveaux droits syndicaux dont jouissent désormais les travailleuses et les travailleurs du secteur public, l'explosion du nombre des conflits de travail des années 1960-1970 relève quant à elle au moins autant du secteur privé que public (Rouillard, 2004, p. 207 ; Ministère du Travail, 2011, p. 30). Néanmoins, les années 1970 sont particulièrement marquées par les épisodes de négociations en front commun dans le secteur public, qui mènent notamment à plusieurs grèves illégales (Rouillard, 1989, p. 279-387). Ces négociations « qui impliquent directement l'État » sont d'autant plus importantes qu'elles « contribuent à politiser et à radicaliser encore davantage les centrales » (Rouillard, 1989, p. 374) et qu'elles auront des impacts qui débordent largement l'enjeu des salaires et des conditions de travail dans le secteur public :

> Les négociations avec le gouvernement québécois occupent une place centrale dans l'histoire du mouvement syndical de la période [...]. Tant par le nombre de syndiqués touchés et la violence des affrontements que par les objectifs socio-économiques visés, les rondes de négociation du secteur public et parapublic ont un impact énorme sur les centrales elles-mêmes, sur leurs rapports avec le gouvernement et sur la perception du syndicalisme dans l'opinion publique. Et comme les gains obtenus par ces syndiqués auront des effets bénéfiques sur les salaires et les conditions de travail des travailleurs et travailleuses du secteur privé, les associations patronales suivront de très près la marche des négociations. (Rouillard, 1989, p. 374-375)

---

[486] CCPQ. (1977, février). *Action*, vol. 4, no 2, p.1.
[487] *Ibid.*

Le front commun de 1972 réunit les trois grandes centrales syndicales québécoises (FTQ, CSN et CEQ) ainsi que 200 000 travailleuses et travailleurs du secteur public. La direction du front commun déclenche une grève générale illimitée le 6 avril, à laquelle le gouvernement répond par une loi spéciale qui suspend le droit de grève le 21 avril. Le 8 mai, les présidents des trois centrales sont condamnés à un an de prison pour avoir appelé leurs membres à ne pas respecter la loi. S'ensuit une vague de grèves illégales et de troubles sociaux qui s'étendront sur plusieurs jours :

> Le 9 [mai], au moment où les trois présidents entrent à Orsainville, les débrayages commences, chez les débardeurs, dans la construction, chez les métallos. C'est l'escalade : des villes occupées, des postes de radio temporairement contrôlés, 300 000 travailleuses et travailleurs en grève. Tout cela pendant plus d'une semaine, du 9 au 17 mai. (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 69)

Le front commun de 1975-1976, qui réunit cette fois 185 000 travailleuses et travailleurs du secteur public, conduit également à plusieurs épisodes de désobéissance aux lois spéciales et injonctions qui ponctuent le conflit :

> les travailleurs et travailleuses désobéissent à la loi et aux injonctions, malgré les menaces d'amendes et d'emprisonnement. Selon un référendum organisé parmi les membres de la CEQ et de la FNEQ (CSN), on approuve à 70% le défi de la loi. Dans les institutions hospitalières, les syndiqués de la CSN passent aussi outre à la loi 253 qui définissait un mécanisme de détermination des services essentiels. (Rouillard, 1989, p. 384)

Si ces événements illustrent bien la radicalisation des travailleuses et travailleurs québécois durant cette période, celle-ci s'exprime également sur plusieurs autres plans. D'abord, les années 1960-1970 sont marquées l'émergence au Québec d'un mouvement socialiste qui sera influent dans les milieux intellectuels, mais aussi beaucoup plus largement dans les milieux syndicaux et populaires (Rouillard, 1989, p. 337)[488]. Le mouvement syndical québécois amorce en effet, à partir de 1966 dans le

[488] Ce mouvement socialiste s'incarne notamment, durant les années 1960, dans la revue *Parti pris*, qui sera suivie par *Mainmise* à partir de 1970. Pour un historique « de l'intérieur » de l'émergence du mouvement socialiste au Québec, voir notamment l'ouvrage de Piotte (2016).

cas de la CSN et à partir de 1970 pour la FTQ et la CEQ, un virage idéologique qui l'amène à assumer de plus en plus clairement des orientations socialistes (Rouillard, 1989, p. 287-288 ; 322 ; 337-342 ; 363-367 ; pour la CSN, voir également Favreau et L'Heureux, 1984). Si ce virage est plus prononcé et plus profond à la CSN, il affecte néanmoins les trois grandes centrales syndicales du Québec, comme en témoigne ces documents produits par elles à l'époque : *L'État, rouage de notre exploitation* (FTQ, 1971) ; *Ne comptons que sur nos propres moyens* (CSN, 1972)[489] ; *Il n'y a plus d'avenir pour le Québec dans le système économique actuel* (CSN, 1972) ; *L'école au service de la classe dominante* (CEQ, 1972) ; *École et luttes de classes au Québec* (CEQ, 1974) ; et *Pour une journée d'école au service de la classe ouvrière* (CEQ, 1975).

Le virage socialiste qui s'opère au sein du mouvement syndical le conduit à analyser la société québécoise dans une perspective marxiste qui insiste sur la lutte des classes. Ce virage amène aussi les grandes centrales à penser les luttes syndicales dans une perspective qui dépasse les intérêts strictement corporatistes de leurs membres. On assiste ainsi durant cette période à une « politisation des relations de travail » (Rouillard, 1989, p. 337[490]) qui se manifeste avec particulièrement d'acuité dans les négociations du front commun dans le secteur public. Ainsi, le front commun de 1972 conçoit la négociation collective non plus simplement comme un moyen d'améliorer la situation économique et professionnelle de ses membres, mais aussi comme un outil de transformation politique et sociale plus large :

> Si, tout comme pour les négociations antérieures, le premier front commun entend surtout défendre les intérêts économico-professionnels des syndiqués, il vise aussi, et c'est tout à fait nouveau, des objectifs sociaux plus larges, destinés à infléchir les pratiques de détermination des salaires dans le secteur privé [...].

---

[489] Précisons toutefois que ce document d'étude n'a reçu l'approbation d'aucune instance de la CSN (Rouillard, 1989, p. 339).

[490] Voir également Favreau et L'Heureux, 1984, p. 33 ainsi que Tremblay, 1972, p. 257. Ce dernier parle de « la volonté exprimée [par la CSN] de conférer une dimension politique au processus lui-même de la négociation collective. » (1972, p. 257)

> Certains objectifs, comme le salaire minimum de 100$, la réduction des écarts salariaux et la sécurité d'emploi, constituent des réclamations incompatibles avec les lois traditionnelles du marché capitaliste du travail. En renforçant le pouvoir des syndiqués, la négociation en front commun débouche sur une redéfinition des rapports entre le capital et le travail. La négociation prend alors un caractère éminemment politique. (Rouillard, 1989, p. 382-383)

Dans le secteur privé, cette « politisation des relations de travail » se traduit notamment par l'émergence de revendications qui dépassent la simple amélioration des salaires et des conditions de travail et qui touchent à la distribution du pouvoir au sein des entreprises. Comme dans d'autres pays du monde occidental à la même époque, le mouvement syndical québécois remet en question le pouvoir exclusif des employeuses et des employeurs dans la gestion de l'entreprise et le contrôle des conditions de travail et exige une démocratisation des lieux de travail et une participation des travailleuses et des travailleurs aux décisions. Ainsi, on considère à la CSN que

> le syndicalisme doit lutter [dans les entreprises] pour donner aux travailleurs un véritable pouvoir de décision. 'Le pouvoir des travailleurs, écrit Marcel Pepin, doit passer par une plus grande autonomie sur les lieux de travail, par des responsabilités accrues dans l'usine ou dans l'institution.' La CSN cherche à dépasser l'amélioration des conditions de travail de ses membres pour 'gruger les pouvoirs exorbitants de l'entreprise et exercer un contrôle sur les conditions de travail'. Ce 'syndicalisme de combat' vise donc à court terme à limiter l'exploitation des travailleurs et travailleuses et, à long terme, à changer le régime capitaliste, source de leur exploitation. (Rouillard, 1989, p. 341-342)

Fait intéressant, les revendications en vue d'un plus grand pouvoir des travailleuses et des travailleurs au sein des entreprises – et plus largement la politisation des relations de travail – se manifestent avec une vigueur particulière en ce qui concerne les enjeux entourant la santé et la sécurité au travail, qui se retrouvent durant cette période à l'avant-plan des luttes pour l'amélioration des conditions de travail :

> Du côté des relations de travail, une question fait beaucoup de bruit : la protection contre les accidents du travail. La CSN s'engage à fond dans ce dossier, intégrant les luttes pour la santé et la sécurité au travail au combat mené contre le système capitaliste. Les accidents de travail sont fréquents, soutient-elle, car les

> entreprises fonctionnent selon les impératifs de la production et du profit maximum. (Rouillard, 2004, p. 193)

En particulier, on souhaite une participation plus grande des travailleuses et des travailleurs au sein des institutions chargées d'assurer la prévention des accidents de travail. En effet, de manière tout à fait cohérente avec sa conception générale de la santé, la prévention est – durant les années 1960 et 1970 comme au XIXe siècle (voir *supra*, chapitre 2) – la préoccupation centrale du mouvement syndical dans le secteur de la santé et sécurité au travail (Tremblay, 1972).

Ainsi, dans un mémoire de 1966 sur la sécurité publique et la sécurité des travailleuses et des travailleurs, la CSN critique notamment l'« absence des travailleurs dans le domaine de la prévention, lequel est l'apanage exclusif d'associations patronales subventionnées par l'État » (Tremblay, 1972, p. 99) et considère que « la prévention devrait être confié à un centre de prévention des accidents industriels, auquel participeraient tous les intéressés (travailleurs, employeurs, gouvernement) » (Tremblay, 1972, p. 99). Selon Tremblay, « la CSN s'oriente [ainsi] vers un nouveau modèle » en matière de santé et sécurité au travail qui met l'« emphase sur la prévention, sur la participation ouvrière et sur l'intervention dynamique de l'État. » (p. 99)

De même, la FTQ « propose en 1961 la création d'une commission de prévention des accidents du travail dans laquelle les employeurs et les travailleurs seraient représentés paritairement. » (Tremblay, 1972, p. 218) Suite à deux accidents graves survenus en 1966,

> la F.T.Q. s'en prend violemment à l'absence de sens des responsabilités des employeurs, réclame une enquête publique sur les circonstances de cet accident et demande à l'état de prendre toutes les mesures nécessaires pour forcer les employeurs à respecter les normes de sécurité sur les chantiers de construction et d'améliorer le système de prévention en y associant au même niveau les travailleurs et les structures syndicales. Ces attitudes constituent depuis les

> composantes principales de sa politique en matière de prévention des accidents au travail. (Tremblay, 1972, p. 218)

Une brochure sur la sécurité au travail publiée par la FTQ en 1975 va encore plus loin et établit un lien très clair entre la prévention des accidents de travail et un plus grand pouvoir des travailleuses et travailleurs sur leurs lieux de travail :

> La prévention des accidents au travail, et de façon plus générale la promotion de la santé au travail, exigent toutes deux que les travailleurs s'emparent d'un véritable pouvoir sur leur environnement de travail. La prévention et la santé exigent beaucoup plus qu'une action autoritaire et réglementaire. Elles exigent d'abord l'implication active des travailleurs eux-mêmes [...]. L'implication active des travailleurs dans la prévention et la santé passe par l'obtention de pouvoirs importants. La mobilisation des travailleurs ne doit et ne peut se faire que sur des objectifs de contrôle et de pouvoir.[491]

Plus largement, la participation des travailleuses et des travailleurs « à la vie sociale et économique » (CSN, 1966, p. 60-61) et la démocratisation de la société dans son ensemble ainsi que de ses institutions (y compris des instances syndicales elles-mêmes) se retrouvent au cœur des préoccupations exprimées par le congrès de la CSN de 1966 (CSN, 1966, p. 24-25 ; 58-61 ; voir également Favreau et L'Heureux, 1984, p. 31-32). Ces revendications pour un pouvoir plus grand des travailleuses et des travailleurs au sein des entreprises et dans la société en général ne sont pas nouvelles, du moins à la CSN. En effet, dès sa fondation et jusqu'après la Seconde guerre mondiale, la CTCC défend un projet de société corporatiste dans lequel organisations patronales et syndicats, réunis dans des corporations professionnelles, « veilleraient aux intérêts communs de la profession » et discuteraient « [d]es questions comme les salaires, les conditions de travail, l'apprentissage, le contrôle de la production et même le partage des profits » (Rouillard, 1989, p. 171).

---

[491] Archives UQAM, Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 04/6. *Cessons de mourir à l'ouvrage : la sécurité avant le travail*, 1975, p. 5.

Le corporatisme ayant été trop étroitement associé au fascisme durant la guerre, il est remplacé vers la fin des années 1940 par des prises de position en faveur de la « démocratisation de l'économie »[492], qui s'incarnent plus concrètement dans un projet de « réforme de l'entreprise » (Rouillard, 1989, p. 219). À la base de ce projet se trouve l'idée que « '[d]ans l'entreprise, les travailleurs doivent être considérés comme des coopérateurs participant à une œuvre commune. Ils doivent s'y sentir intégrés et participer à sa gestion et à ses bénéfices. » (Préambule de la constitution de la CTCC de 1951, cité dans Rouillard, 1989, p. 219) Cette position est toutefois abandonnée à partir de 1952, principalement parce que les diverses tentatives pour implanter ces principes dans les conventions collectives à la fin des années 1940 et au début des années 1950 se heurtent systématiquement à l'opposition farouche du patronat (Rouillard, 1989, p. 219-220).

Ce qui distingue les revendications syndicales en matière de participation et de démocratisation à partir du milieu des années 1960, c'est qu'elles s'inscrivent dans un contexte plus large de radicalisation et de politisation qui conduit les grandes centrales à opérer un virage idéologique vers le socialisme. Ainsi, à la différence du projet corporatiste ou de celui de réforme de l'entreprise, qui reposent tous deux sur le postulat d'une possible collaboration entre les classes (Rouillard, 1989, p. 217), les demandes de la CSN en faveur d'un pouvoir plus grand des travailleuses et des travailleurs au sein des entreprises et plus largement d'une démocratisation de l'ensemble des institutions sociales sont formulées à partir de 1966-1968 dans le cadre d'un « syndicalisme de combat » qui envisage la négociation collective comme une modalité de la lutte des classes.

Comme nous le verrons plus loin (voir *infra*, section 7.2.4), cette « politisation des relations de travail » et cette volonté de démocratisation et de participation populaire,

---

[492] La déclaration de principe de la CTCC stipule ainsi « qu'une véritable démocratie politique ne peut se concevoir sans la démocratisation de l'économie. » (Tremblay, 1972, p. 260)

y compris dans les entreprises, s'accompagnent également du développement, au sein du mouvement syndical, d'une volonté d'engagement dans l'action politique. Cette volonté participe toutefois d'une dynamique qui dépasse largement le mouvement syndical. En effet, la période est également marquée, au Québec comme ailleurs, par l'émergence de nouvelles formes d'organisation de la classe des travailleuses et des travailleurs. Si ces nouvelles formes d'organisation constituent une des manifestations du renforcement considérable des travailleuses et travailleurs à cette époque, elles vont également contribuer à radicaliser et à politiser davantage le mouvement syndical.

7.2.3 Mouvements sociaux/populaires et contestations sociales au Québec

Autre signe d'une radicalisation et d'une politisation sans précédent de la classe des travailleuses et des travailleurs au Québec, la province est, comme la plupart des pays occidentaux durant la même période, le théâtre d'une vague de contestation et de troubles sociaux importants portés par la multitude de mouvements sociaux qui émergent des milieux populaires à l'époque. Comme les milieux intellectuels et le mouvement syndical, ces mouvement sociaux sont, au moment où ils se développent dans les années 1960-1970, très souvent porteurs d'orientations idéologiques de type socialiste.

Ici comme ailleurs, le mouvement étudiant s'organise – l'Union général des étudiants du Québec est créée durant les années 1960 – et se mobilise autour d'enjeux liés notamment à l'accessibilité aux études universitaires pour les francophones[493]. À l'automne 1968 éclate une grève étudiante qui, sans aller aussi loin, fait écho aux événements de mai 1968 en France. Elle conduira d'ailleurs à la création du réseau des

[493] Signe des influences socialistes sur le mouvement étudiant de l'époque, celui-ci se mobilise aussi en soutien aux travailleuses et aux travailleurs dans certains conflits de travail (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 29).

Universités du Québec. Cette « contestation étudiante sans précédent » (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 36), qui s'étendra sur deux mois, sera ponctuée par des manifestations importantes et marquée par de nombreuses occupations dans les cégeps et universités. Cette première mobilisation étudiante d'envergure est suivie, dès l'automne suivant (« l'automne chaud » de 1969), d'une nouvelle mobilisation pour un « McGill français » et contre le projet de loi 63[494] (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 35-36). Ces événements débordent cette fois le mouvement étudiant puisqu'ils réunissent, en plus des organisations étudiantes, le mouvement syndical, les comités de citoyennes et de citoyens ainsi que le mouvement nationaliste (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 36).

En effet, le mouvement nationaliste/indépendandiste se structure et se radicalise lui aussi fortement durant cette période et, tout comme les idées socialistes, influence fortement les milieux intellectuels, syndicaux et populaires. Le Rassemblement pour l'indépendance nationale (RIN) naît au début des années 1960 et le Parti québécois est fondé quelques années plus tard. C'est aussi l'époque de la création du Front de libération populaire (FLP) et du Front de libération du Québec (FLQ), organisations indépendantistes radicales qui se réclament du socialisme et qui assimilent la lutte pour l'indépendance du Québec à une lutte de libération nationale anti-capitaliste et anti-impérialiste (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 38-39). Le FLQ est d'ailleurs à l'origine de troubles sociaux importants au Québec : suite à l'enlèvement par cette organisation d'un diplomate britannique, James Richard Cross, et du ministre du Travail du Québec, Pierre Laporte, le Québec est plongé dans une crise politique majeure. La crise d'octobre 1970 est marquée par le recourt à la *Loi sur les mesures de guerre* et par une vague de perquisitions et d'arrestations sans précédent dans les milieux syndicaux et populaires (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 56-57).

---

[494] Ce projet de loi, présenté par l'Union nationale alors au pouvoir, visait à rendre l'enseignement en anglais accessible pour toutes les personnes qui en font la demande. Le projet de loi ne sera finalement pas adopté (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 36).

Selon plusieurs auteurs, le nationalisme contribue de manière importante à radicaliser et à renforcer le mouvement ouvrier durant les années 1960 et 1970, notamment parce qu'il contribue alors à unifier les forces syndicales et populaires : « dans la période allant de 1967 à 1972, les revendications nationales servent d'élément unificateur de toutes les forces progressistes et de bon nombre de mobilisations. » (Favreau, 1989, p. 22) Selon Favreau et L'Heureux, si le mouvement syndical est parvenu à « passer à l'offensive » durant cette période, c'est en partie, du moins en ce qui concerne la CSN, grâce à « l'entrée massive [dans le mouvement syndical] d'une nouvelle génération de militantes et de militants issus du mouvement national » (Favreau et L'Heureux, 1989, p. 87). En particulier, il semble que la crise d'octobre a joué ici un rôle décisif dans la radicalisation et la politisation des mouvements syndical et populaire.

Avec la crise d'octobre, l'État apparaît en effet plus que jamais comme un instrument d'oppression. Selon Hamel et Léonard, « l'occupation armée du Québec » sera « le moment le plus saisissant » du processus qui conduira à « révéler la nature de classe de l'État Canadien » (Hamel et Léonard, 1978). Rouillard considère lui aussi que « [l]a crise d'Octobre, en 1970, vient briser les ponts entre le gouvernement Trudeau et le mouvement syndical au Québec et accélère le processus de radicalisation des centrales en leur révélant 'la nature oppressive de l'État, prêt à tout pour maintenir le système'. » (1989, p. 436) De plus, par le recourt à la *Loi sur les mesures de guerre*, « Trudeau vient de sceller, au Québec, l'alliance entre la lutte nationale et la lutte sociale. » (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 56) Plus encore, « l'électrochoc de l'occupation armée du Québec » va avoir pour conséquence directe de « lier la question nationale dans son ensemble à la lutte pour un nouveau projet de société » (Favreau, 1989, p. 22), c'est-à-dire, pour une partie importante des organisations progressistes, le socialisme.

Durant les années 1960-1970 se produit également, au Québec comme dans la plupart des pays occidentaux, une résurgence du mouvement féministe qui contribuera à alimenter le climat de contestation sociale qui secoue alors la province (Baillargeon,

2012, p. 181-213 ; Collectif Clio, 1992, p. 472-479). Elle aussi fortement inspirée par le socialisme, cette « deuxième vague » du féminisme donnera naissance, au Québec, à des groupes militants de féministes radicales qui seront notamment à l'origine d'une vague de manifestations et de mobilisations en faveur du droit à l'avortement et qui n'hésiteront pas à avoir recours à la désobéissance civile. Le Front de libération des femmes du Québec (FLFQ) naît d'ailleurs en 1969 à la suite de l'organisation, par des femmes de divers milieux militants – syndicalistes, étudiants, nationalistes et/ou socialistes – d'une manifestation illégale en réaction au règlement anti-manifestation promulgué à l'époque par le maire de Montréal, Jean Drapeau (Baillargeon, 2012, p. 201-202)[495].

Groupe féministe radical non-mixte, marxiste et nationaliste (la référence au FLQ est d'ailleurs très claire), le FLFQ est impliqué dans un service (illégal) de références pour les femmes qui souhaitent interrompre une grossesse et il sera à l'origine de plusieurs coups d'éclat, comme l'occupation de tavernes où les femmes sont interdites d'accès et l'organisation d'une manifestation en faveur du droit à l'avortement le jour de la fête des mères. En 1971, plusieurs militantes du groupe seront condamnées à une peine de prison pour outrage au tribunal suite à une action (menée durant le procès d'un membre du FLQ) visant à dénoncer l'interdiction pour les femmes d'être membre d'un jury (Baillargeon, 2012, p. 202-203)[496]. Le FLFQ, en collaboration avec d'autres groupes féministes impliqués dans la lutte pour l'accès à la contraception et pour le droit à l'avortement, contribue également à nourrir la critique radicale du pouvoir médical et de la conception prédominante de la santé qui se développe durant cette période dans les milieux populaires (nous y reviendrons dans la conclusion générale de la thèse).

---

[495] Ce règlement anti-manifestation était une réaction aux événements de l'automne 1969. La manifestation des femmes est organisée en novembre 1969 et jouera un rôle décisif pour encourager les syndicats et autres mouvements sociaux à ne pas respecter le règlement anti-manifestation. Elle sera donc suivie de plusieurs autres manifestations, cette fois plus larges et mixtes, dont une qui provoquera le décès d'une militante (Toupin et O'Leary, 1982).

[496] Pour un compte-rendu détaillé de l'histoire de ce groupe à partir d'un point de vue interne au FLFQ, voir O'Leary et Toupin (1982).

C'est d'ailleurs à cette époque que naissent, à l'instigation du mouvement féministe, les centres de santé des femmes qui, sous plusieurs aspects, se rapprochent des cliniques populaires créées quelques années plus tôt[497].

La radicalisation de la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1960-1970 se manifeste également dans la naissance et l'évolution du mouvement des comités de citoyennes et de citoyens et des groupes populaires pendant cette période. Les premiers comités émergent à partir de 1963 dans les quartiers urbains populaires, d'abord sous l'impulsion d'intervenantes et d'intervenants sociaux qui remettent en question les modes d'intervention traditionnels dans le domaine du travail social :

> Les animateurs sociaux, notamment ceux du Conseil des œuvres de Montréal qui travaillent dans ces quartiers, ont joué un rôle important dans l'émergence de ces comités. Les animateurs engagés sont en fait des travailleurs sociaux et des sociologues qui remettent en cause l'approche individualisée (le *casework*) alors dominante et favorisent une approche plus collective, celle de l'animation sociale, qui suppose que la solution des problèmes des populations de ces quartiers passe par la constitution d'un leadership local et la mise en place de services collectifs. Le comité de citoyens constitue alors une sorte de trouvaille. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 716)[498]

Jusqu'en 1967-1968, ces comités de citoyennes et de citoyens sont principalement des groupes de revendications qui s'organisent autour d'enjeux spécifiques liés aux conditions de vie dans les quartiers défavorisés (logement, santé, alimentation, aménagement urbain, etc.) et qui font pression sur les autorités locales (souvent

---

[497] Les héritières du FLFQ ont joué un rôle important dans la fondation du Centre de santé des femmes de Montréal (O'Leary et Toupin, 1982). Sur le Centre de santé pour les femmes de Québec, voir Roy (2008, chap. 5).

[498] À ce sujet, voir également Léonard et Hamel (1978) ainsi que Favreau (1989, p. 16-17) qui insistent aussi sur le rôle de l'animation sociale dans l'émergence des premiers comités de citoyennes et de citoyens. En plus du Conseil des œuvres de Montréal, d'autres organismes publics ou semi-publics développeront des pratiques d'animation sociale et contribueront au développement des comités de citoyennes et de citoyens durant les années 1960 : le Plan de réaménagement social et urbain fondé et financé par le University Settlement de McGill ; la Compagnie des jeunes canadiens, fondée et financée par le gouvernement fédéral ; le Bureau d'aménagement de l'est du Québec, créé et financé par le gouvernement du Québec ; et les Travailleurs étudiants du Québec, groupe créé par l'Union générale des étudiants du Québec et financé par le gouvernement québécois.

municipales) afin d'obtenir des services publics (parcs, équipements de loisir, logements sociaux, rénovation d'écoles, etc.) qui répondent aux besoins identifiés (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 716-717 ; Léonard et Hamel, 1978 ; Favreau, 1989, p. 16). Une des caractéristiques de ces comités est qu'ils véhiculent dès le départ « une demande non seulement de services collectifs, mais également de contrôle populaire de ces services. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 718) La participation populaire et la démocratisation est en effet au cœur du projet social porté par les comités de citoyennes et de citoyens (Léonard et Hamel, 1978 ; Bélanger et Lévesque, 1992, p. 718).

Comme dans le mouvement syndical et les autres mouvements sociaux de l'époque au Québec et ailleurs, il se produit à partir de la fin des années 1960 une radicalisation des comités de citoyennes et de citoyens, qui s'autonomisent progressivement de l'animation sociale et de ses « a priori idéologiques » en remettant en question le leadership des animatrices et des animateurs sociaux au sein des comités (Léonard et Hamel, 1978)[499]. S'ouvre alors

> une période de grande désillusion à la suite des nombreux constats d'échecs et de contradictions de la stratégie d'animation sociale des années 1960. En effet, l'écart entre le discours, les rêves de grande prospérité nationale et la réalité concrète transforme progressivement le discours conciliant des groupes populaires en un discours plus radical. (Lamoureux *et al.*, 2002, p. 22)

À partir de 1967-1968, les comités de citoyennes et de citoyens s'engagent ainsi dans de nouvelles stratégies d'action qui prennent essentiellement deux formes : 1) l'organisation, par les groupes populaires eux-mêmes, de services communautaires afin de répondre, sur une base autonome, aux besoins des gens du quartier ; 2) la politisation des comités de citoyennes et de citoyens, dont plusieurs se transforment à cette époque

[499] Sur l'idéologie de l'animation sociale : « Les animateurs du Conseil des Œuvres véhiculaient une image consensuelle de la société québécoise, expliquant que les inégalités sociales étaient dues à une carence au plan de l'éducation et de l'information, carence qu'on pouvait réussir à surmonter collectivement grâce à la participation mise en place et contrôlée à travers des processus d'animation sociale. » (Léonard et Hamel, 1978) Ces auteurs rejoignent ici l'analyse de McGraw (1978).

en comités d'action politique (CAP) (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 719 ; Léonard et Hamel, 1978). C'est dans le contexte de la création des « groupes autonomes de services » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 719) qu'émergent les cliniques populaires au sein desquelles se développera, comme nous l'avons vu, une critique radicale de la médecine libérale et une conception alternative de la santé qui insiste sur les causes sociales de la maladie, sur le pouvoir citoyen face au pouvoir médical et sur la démocratisation de la médecine et des services socio-sanitaires (voir *supra*, chapitre 4).

Quant à la politisation des comités de citoyennes et de citoyens et à leur transformation, pour plusieurs d'entre eux, en comités d'action politique (CAP), elle signifie notamment que les stratégies d'action visent désormais à dépasser les enjeux spécifiques et la scène strictement locale (le quartier) pour être portées à un niveau plus large :

> à partir d'une critique du travail centré trop exclusivement sur les quartiers dits 'défavorisés' du bas de la Ville auprès de groupes qu'on cherche à organiser en fonction de problèmes précis, des intervenants communautaires et des militants cherchent à concevoir un travail dans l'ensemble des quartiers populaires de Montréal. Ils cherchent également à opérer des jonctions avec le mouvement syndical [...]. Ils sont également préoccupés d'un débouché politique aux actions locales entreprises, lesquelles sont bien souvent dirigées contre le pouvoir municipal. (Favreau, 1989, p. 173)

C'est dans cette optique que plusieurs comités de citoyennes et de citoyens entreprennent, à partir de la fin des années 1960, de se regrouper : « C'est le 19 mai [1968] que, dans une école du quartier de Saint-Henri, une vingtaine de comités de citoyens de tout le Québec se réunissent pour la première fois de leur histoire, Déclaration finale : 'nous n'avons plus le choix, il nous faut passer à l'action politique'. » (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 33) Sera d'abord créé le Regroupement des associations populaires du bas de la ville et de l'Est de Montréal (RAP) et, en 1970, plusieurs CAP de Montréal se regroupent pour former un parti politique municipal : le Front d'action politique (FRAP), « dont l'objectif sera d'instaurer une démocratie

populaire à Montréal et de défendre les intérêts des salariés. » (Léonard et Hamel, 1978 ; voir également Bélanger et Lévesque, 1992, p. 719)[500]. Certains CAP se radicaliseront encore davantage et c'est notamment à partir des militantes et des militants issus de ces comités que seront formés les groupes politiques d'extrême-gauche – comme « En lutte » et la « Ligue communiste marxiste-léniniste » – qui émergent au Québec à partir de 1973 (Lamoureux *et al.*, 2002, p. 25-26 ; Bélanger et Lévesque, 1992, p. 719 ; Léonard et Hamel, 1978).

Comme nous le verrons, l'expérience du FRAP, bien que rapidement avortée[501], témoigne du fait que les années 1960-1970 sont marquées non seulement par la radicalisation et la politisation du mouvement syndical et des mouvements sociaux qui émergent à l'époque, mais aussi par une forte convergence entre ces divers mouvements. Convergence idéologique d'abord puisque, comme on a pu le constater, tant le mouvement syndical que les autres mouvements sociaux défendent à cette époque des analyses et des positions socialistes (et, pour la plupart, nationalistes). Cette convergence s'exprime également dans le fait que, par exemple, le mouvement syndical et les autres mouvements sociaux contribuent à se radicaliser mutuellement. Ainsi, le cheminement idéologique de la CSN vers le socialisme s'explique en partie « par la pression qu'exercent les groupes populaires qui débordent les centrales syndicales sur la gauche. » (Rouillard, 1989, p. 337) Les comités de citoyennes et de citoyens et les groupes populaires constituent également une source d'inspiration pour cette centrale syndicale qui, comme nous l'avons vu, accentue à partir de 1966 ses

---

[500] Nous verrons que le mouvement syndical a aussi joué un rôle important dans la création de ce parti. Le document de présentation du programme social et politique du FRAP lors des élections municipales de 1970 s'intitule « Les salariés au pouvoir ! » (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 39).

[501] Officiellement constitué en mai 1970, le FRAP ne parvient pas à s'imposer comme force politique municipale aux élections de novembre, qui se déroulent alors que la crise d'octobre n'est pas encore apaisée (la *Loi sur les mesures de guerre* est toujours en vigueur). Dissout en 1974, il constitue néanmoins le terreau à partir duquel seront fondés par la suite le Rassemblement des citoyens de Montréal (RCM) et le Rassemblement populaire à Québec (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 719 ; Favreau, 1989, p. 173, Léonard et Hamel, 1978).

revendications en matière de participation populaire et de démocratisation sociale et économique :

> La CSN voit dans les groupes populaires qui se développent depuis 1963 une façon pour les travailleurs de participer au pouvoir. Quelle que soit la forme que puissent prendre les organisations sociales et politiques (associations de quartier ou de locataires, groupes de consommateurs, coopératives d'habitation, etc.), la centrale encourage leur prise en charge par les travailleurs. C'est ainsi, soutient-elle, que s'instaurera la démocratie de participation et qu'on éliminera toute forme de domination. (Rouillard, 1989, p. 341)

Inversement, le mouvement syndical et le mouvement étudiant contribuent eux aussi à la politisation et aux nouvelles orientations prises par les groupes populaires à partir de la fin des années 1960 :

> Cette modification des pratiques [au sein des comités de citoyennes et de citoyens] se trouve renforcée par la radicalisation du mouvement étudiant et du mouvement ouvrier qui, à partir de 1967, amorcent une série de luttes frontales obligeant l'État à raidir progressivement ses positions jusqu'au coup de force d'octobre 1970. (Léonard et Hamel, 1978)

La convergence et les influences mutuelles entre le mouvement syndical et les autres mouvements sociaux (en particulier le mouvement des comités de citoyennes et de citoyens) prennent aussi des formes plus concrètes qui se manifestent clairement au niveau des stratégies d'action politiques préconisées par le mouvement syndical durant cette période.

7.2.4 Tentatives d'organisation politique autonome au Québec

Comme cela a été mentionné précédemment, les rapports de classe aux États-Unis et au Canada sont caractérisés par le fait que la classe des travailleuses et des travailleurs ne parviendra pas, historiquement, à s'organiser dans un parti politique autonome fort.

Si un parti proche des travailleuses et des travailleurs – la CCF – se constitue durant les années 1930 au Canada, et si ce parti réussit à s'imposer dans certaines provinces et à être perçu comme une menace sur la scène politique fédérale durant la Seconde guerre mondiale, il reste relativement faible en comparaison de ses équivalents européens, qui seront portés au pouvoir dans plusieurs pays (seuls ou dans des gouvernements de coalition) et qui constitueront une menace réelle et persistante durant les années d'après-guerre (Korpi, 2002). De plus, contrairement à plusieurs pays d'Europe, le parti aux positions réformistes (et davantage sociales-démocrates que socialistes) qu'est la CCF ne sera pas concurrencé sur sa gauche par un parti communiste.

Au Québec, l'incapacité à s'organiser dans un parti des travailleuses et travailleurs est encore plus marquée que dans le reste du Canada. Alors qu'elle s'impose comme une force politique significative dans plusieurs autres provinces, la CCF ne parviendra pas, comme nous l'avons vu, à prendre racine au Québec, et les tentatives pour fonder un parti politique social-démocrate provincial durant les années 1950 se solderont par un échec (voir *supra*, sections 7.1.2.3 et 7.1.3.2). Devant ce « vide politique », et malgré la méfiance des centrales syndicales à son égard, c'est le Parti libéral de Jean Lesage qui, en 1960, devient le véhicule politique des principales revendications portées par le mouvement syndical durant les décennies précédentes :

> C'est donc le Parti libéral qui va incarner les forces du renouveau au Québec. Déjà son programme de 1960 comportait plusieurs revendications du mouvement ouvrier [...]. Mais la FTQ se méfie de ce parti 'traditionnel' qu'on juge incapable de réformes profondes. [...] Une fois au pouvoir, le Parti libéral adopte pourtant plusieurs mesures progressistes qui lui attirent la sympathie des syndiqués. La CSN, très réservée encore à l'élection de 1960, affiche de plus en plus de satisfaction à mesure que le bilan législatif du gouvernement s'enrichit. (Rouillard, 1989, p. 399)

À partir de 1968, le Parti québécois jouera un rôle équivalent et ce, pendant plusieurs années :

> à mesure que le PQ s'impose comme l'opposition officielle au Parlement, de nombreux syndiqués voient en lui la solution de rechange au Parti libéral. Son programme contient plusieurs mesures réclamées par le mouvement syndical et plusieurs syndicalistes jouent un rôle actif dans ses rangs. Plutôt que d'attendre un problématique parti des travailleurs, on préfère faire du PQ l'agent d'un changement politique et social. (Rouillard, 2004, p. 178)

Ainsi, au Québec :

> Ce sont des forces extérieures aux centrales syndicales, le Parti libéral puis le Parti québécois, qui canalisent la volonté de changement dans la population. Dans les deux cas, les centrales contribuent directement ou indirectement à l'élection de ces formations politiques qui, favorables en début de mandat aux revendications syndicales, ne tardent pas à décevoir les syndiqués. (Rouillard, 2004, p. 179)

Néanmoins, la radicalisation et la politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1960 et 1970 se traduisent par de nouvelles tentatives pour s'organiser politiquement sur une base autonome. Si ces tentatives s'avéreront un échec, elles témoignent cependant du climat socio-politique bouillonnant ainsi que de la forte convergence des principales forces progressistes du Québec qui caractérisent la période :

> Le contexte politique et social des années soixante et soixante-dix se révèle particulièrement favorable à la naissance d'un parti des travailleurs. L'effervescence de la société québécoise, le dynamisme du mouvement syndical et la critique virulente du système capitaliste poussent de nombreux militants à s'intéresser à la politique électorale. Les pressions sont plus fortes que jamais pour que les centrales donnent une voix politique aux travailleurs. (Rouillard, 1989, p. 393)

La première tentative de fonder un parti politique des travailleuses et des travailleurs au Québec durant cette période se situe dans le contexte de la fondation, sur la scène fédérale, d'un nouveau parti social-démocrate qui remplacera la CCF : le NPD. À la fin des années 1950 s'amorcent en effet, sous l'impulsion du Congrès du travail du Canada (auquel est affiliée la FTQ), des démarches en ce sens. Fondé en 1961, le parti

reçoit l'appui officiel de la FTQ qui « invite tous ses syndicats locaux à s'y affilier sans délai » et qui « amende même sa constitution pour préciser que le NPD 'représente le plus fidèlement les intérêts et les aspirations des travailleurs'. » (Rouillard, 1989, p. 395) Aux élections fédérales de 1962, la FTQ appelle également ses membres à voter pour ce parti et « [l]a moitié des quarante candidats que le NPD présente au Québec sortent de ses rangs. » (Rouillard, 1989, p. 395)

Durant les années 1960 et les décennies suivantes, le NDP n'aura cependant qu'un succès électoral mitigé sur la scène fédérale et, comme la CCF, il parviendra encore moins à s'imposer au Québec, même parmi les membres de la FTQ : seuls 46 des 669 syndicats locaux ont répondu à l'appel de la centrale et se sont affiliés au parti en 1966 (Rouillard, 1989, p. 395-396). Néanmoins, si la création d'un parti social-démocrate fédéral « reçoit un accueil très favorable chez les dirigeants de la FTQ », c'est aussi parce que ceux-ci « y voient l'occasion rêvée d'implanter au Québec une formation politique 'représentant les intérêts des classes laborieuses'. » (Rouillard, 1989, p. 393-394) Le contexte de la fin des années 1960, marqué notamment par la mort de Duplessis, semble en effet particulièrement favorable à la fondation d'un parti social-démocrate provincial (Rouillard, 1989, p. 398). Cependant, la création du parti fédéral aura la priorité, et le NPD-Québec ne sera fondé qu'en 1962, soit trop tard pour les élections de 1960 et pour celles, déclenchées par surprise, de l'automne 1962. C'est ainsi que le Parti libéral de Jean Lesage, qui remporte ces deux élections, parviendra à s'imposer durant les années 1960 comme la principale alternative progressiste à l'Union nationale puisqu'il « multiplie les réformes qui auraient dû constituer une partie substantielle du programme du NPD-Québec. » (Rouillard, 1989, p. 399)

À cette première « occasion manquée » succède une deuxième tentative pour s'organiser politiquement sur une base autonome, initiée cette fois principalement par la CSN ainsi que par plusieurs comités de citoyennes et de citoyens. Nous avons vu qu'à partir de la fin des années 1960, ces comités se radicalisent et s'engagent dans

l'action politique, notamment par la création de comités d'action politique (CAP) et d'un parti politique municipal de tendance socialiste : le FRAP. Or, la CSN, qui comme on le sait se radicalise elle aussi fortement à partir de 1966, suit un cheminement semblable :

> La virulente critique du capitalisme dans laquelle s'engage la CSN à partir de 1966 débouche tout naturellement sur l'action politique. Le rapport moral du président, au congrès de 1968, appelle à l'ouverture d'un 'deuxième front', la négociation collective se révélant insuffisante pour corriger l'injustice sociale. (Rouillard, 1989, p. 400-401)

Dans les modes d'engagement politique qu'elle privilégie, la CSN subit clairement l'influence des comités de citoyennes et de citoyens :

> Le type d'action politique suggérée déborde l'action purement électorale : elle comprend toutes les formes d'organisation qui permettraient que les travailleurs prennent en main leur destin (comités de citoyens, associations de locataires, groupes de consommateurs, etc.). En faisant surgir à la base les éléments d'un 'pouvoir populaire', l'objectif est de faire naître graduellement chez les salariés une conscience politique de leurs problèmes sociaux. Cette stratégie s'inspire des groupes populaires apparus à Montréal depuis 1963 et dont le foisonnement apparaît comme l'expression tangible de la démocratie populaire. La CSN encourage le mouvement, en espérant que les travailleurs puissent faire le lien entre les problèmes concrets qu'ils affrontent et les décisions des pouvoirs publics. À plus long terme, la centrale prévoit que ces groupes déboucheront sur l'action électorale, municipale et provinciale. (Rouillard, 1989, p. 401)

Concrètement, la centrale encourage à partir de 1967 la création de comités d'action politique dans chaque circonscription électorale (Rouillard, 1989, p. 401 ; Favreau et L'Heureux, 1984, p. 32)[502]. Ces « CAP syndicaux » participeront éventuellement, conjointement avec les CAP formés à partir des comités de citoyennes et de citoyens, à la fondation du FRAP : « À Montréal, la jonction des militants de comités de citoyens et de syndicats dans des comités d'action politique de quartier donnera naissance au

[502] En fait, la décision de former des CAP avait été prise une première fois au congrès de 1962, et est réitérée au congrès de 1966 (CSN, 1966, p. 61)

FRAP en mai » (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 37). À cette convergence politique du mouvement syndical et du mouvement populaire s'ajoute une collaboration entre les trois grandes centrales, toutes engagées à des degrés divers dans l'action politique :

> la FTQ songe aussi, au même moment, à regrouper les 'forces politiques de gauche' dans la province, et la CEQ s'apprête à mettre sur pied des comités d'éducation et d'action politique. La collaboration entre syndiqués de centrales différentes et membres de groupes populaires s'instaure d'ailleurs à Montréal et dans certaines régions [...]. (Rouillard, 1989, p. 401)

Notamment, il se produit à Montréal en 1969 un colloque régional intersyndical sur l'action politique qui rassemble des militantes et des militants des trois grandes centrales syndicales et auquel participe également le Regroupement des associations populaires, et donc plusieurs militantes et militants des groupes populaires (Favreau, 1989, p. 158-159). C'est toutefois l'expérience du FRAP qui, malgré son échec, illustre le plus concrètement la radicalisation et la convergence des forces politiques syndicales et populaires durant cette période :

> [Le FRAP] aura en effet rendu possible, pendant une période courte mais intense, la jonction des forces vives de trois composantes sociales importantes : les militants-e-s des comités de citoyens qui, depuis plus de cinq ans, portaient à bout de bras des revendications que jusque-là le syndicalisme n'avait pu ni su prendre à son compte ; les militants-e-s du mouvement étudiant arrivés sur le tard mais qui, après deux ans de contestation (occupation des cégeps en 1968) et la disparition du syndicalisme étudiant, cherchaient à s'engager politiquement ; les militants-e-s syndicaux, particulièrement du secteur public et para-public, qui, avec l'appui de l'appareil syndical régional (surtout celui de la CSN, dirigé par son leader incontesté d'alors Michel Chartrand), cherchaient à ouvrir ce qu'on nommait dans les centrales le 'deuxième front'. » (p. 161-162)

À l'initiative de la CSN, des « comités populaires » seront également créés dans différentes régions du Québec suite aux événements entourant le front commun de 1972 (Rouillard, 1989, p. 402 ; Tremblay, 1972, p. 257 ; Favreau et L'Heureux, 1984, p. 79-81). Ces comités, qui réunissent des militantes et des militants des trois principales centrales ainsi que des groupes populaires, aboutiront notamment, à Montréal et à

Québec, à la création de nouveaux partis municipaux (le RCM qui succède au FRAP à Montréal et le Rassemblement populaire à Québec). Néanmoins, et bien que ces comités soient symptomatiques du contexte de radicalisation sociale et politique qui caractérise la période, leur succès sera encore une fois plutôt mitigé, et la CSN mettra fin à l'expérience en 1977 (Rouillard, 1989, p. 402). Selon Rouillard, la force d'attraction exercée par le PQ sur les militantes et les militants syndicaux à partir de la fin des années 1960 a joué à cet égard un rôle décisif :

> C'est probablement la principale raison du peu de succès de la CSN à implanter ses 'comités populaires' auxquels, d'ailleurs, les syndiqués des deux autres centrales collaborent peu puisque, dans leurs rangs, la sympathie pour le PQ est encore plus évidente. (Rouillard, 2004, p. 178)

Malgré l'incapacité persistante de la classe des travailleuses et des travailleurs à se doter de son propre parti politique, il n'en demeure pas moins que ces multiples tentatives des années 1960 et 1970 ont participé au climat exceptionnel de contestation sociale et politique de l'époque, marqué par la radicalisation et la politisation sans précédent des travailleuses et des travailleurs, ainsi que par la convergence idéologique et politique des principales forces populaires. Or, c'est précisément dans ce contexte que seront faits non seulement des gains importants au niveau des salaires et des conditions de travail, mais aussi des gains sociaux spectaculaires, parmi lesquels on peut compter la création des CLSC.

7.3 La naissance des CLSC, les particularités de l'État-providence québécois et les rapports de classe

Comme pour les périodes précédentes, la combativité des travailleuses et des travailleurs québécois durant les années 1960 et 1970 se traduit en gains importants au niveau des salaires et des conditions de travail (Rouillard, 2004, p. 212). Notamment,

les négociations en front commun dans le secteur public conduisent à des gains si importants qu'ils placent désormais les travailleuses et travailleurs du secteur privé à la remorque de celles et ceux du secteur public (Rouillard, 1989, p. 385 ; 387) : « ces négociations valent des avantages significatifs aux syndiqué-e-s [du secteur public] en ce qui a trait aux augmentations salariales, aux avantages normatifs et à la sécurité d'emploi. » (Rouillard, 2014, p. 16) Suite à la négociation de 1975-1976, l'entente négociée va même jusqu'à « dépasse[r] les normes de la loi anti-inflation imposée par les gouvernements fédéral et provincial à l'automne 1975. » (Rouillard, 1989, p. 385).

Ces gains ne sont toutefois pas limités au secteur public : l'ensemble des travailleuses et des travailleurs, syndiqués et non syndiqués, bénéficient également d'« augmentations salariales [...] substantielles, assurant une croissance du pouvoir d'achat d'environ 50% de 1960 à 1980. Les avantages sociaux sont aussi plus généreux, représentant un ajout d'environ 35% à la rémunération. » (Rouillard, 2014, p. 16 ; Rouillard, 2004, p. 204-205) Si ces augmentations sont comparables – quoique légèrement supérieures – à celles qui se produisent dans l'ensemble du Canada (Rouillard, 2004, p. 205), le salaire minimum fait quant à lui un bond important au Québec durant cette période : « En 1965, le Québec avait le taux de salaire minimum le plus bas au Canada. Douze ans plus tard, c'est l'inverse, ce taux étant alors le plus élevé en Amérique du Nord. » (Ministère du Travail, 2011, p. 33)

C'est cependant sur le plan des revendications sociales que les gains sont les plus remarquables. En effet, alors que les quinze années ayant suivi la Seconde guerre mondiale sont caractérisées par un certain blocage politique peu favorable à l'adoption de politiques sociales sur la scène provinciale, les gains syndicaux au niveau des relations de travail s'accompagnent durant les années 1960 et 1970 de gains sociaux spectaculaires qui propulsent le Québec au rang d'État-providence le plus avancé en Amérique du Nord :

> Le militantisme des syndicats pendant cette décennie se solde par une amélioration substantielle des salaires et des conditions de travail des syndiqués tout en obtenant des législations sociales qui placent le Québec à l'avant-garde des autres sociétés nord-américaines. (Rouillard, 2004, p. 212)

Ces gains sociaux majeurs font ainsi passer le Québec de société « retardataire » en matière de politiques sociales à l'une des plus avancées en Amérique du Nord. La rapidité et l'ampleur des réformes réalisées entre le début des années 1960 et la fin des années 1970 sont telles qu'on parle de « Révolution tranquille » pour désigner les transformations importantes qui se produisent au Québec durant cette période[503]. Bien que ces transformations débordent largement le domaine des politiques sociales[504], les réformes conduites dans ce domaine sont sans conteste une des manifestations les plus marquantes de la « Révolution tranquille ». Outre le secteur de l'éducation, qui subit des réformes majeures durant les années 1960 (Commission Parent, étatisation et démocratisation du système d'éducation primaire et secondaire, création des cégeps et du réseau des Universités du Québec, etc.), c'est dans le secteur socio-sanitaire que se produisent les réformes sociales les plus importantes au cours de cette période[505].

---

[503] Bien que la « Révolution tranquille » est généralement plus directement associée à la période du gouvernement libéral de Jean Lesage (1960-1966), les gouvernements qui l'ont suivi ont tous, jusqu'à la fin des années 1970, poursuivi la vague de réformes entreprise au début des années 1960. Ceci est vrai même pour l'Union nationale, qui fait un dernier retour au pouvoir entre 1966 et 1970 (Rouillard, 2004, p. 190 ; Pelletier, 1992, p. 614). C'est d'ailleurs ce gouvernement qui dépose le projet de loi 8 sur l'assurance-maladie, qui sera repris par le gouvernement libéral suite aux élections de 1970. Rappelons également que la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 sera adoptée à l'unanimité. Autrement dit, il semble assez clair que la « vague de fond » qui porte la Révolution tranquille déborde largement les lignes partisanes et que celle-ci ne peut être simplement attribuée aux orientations des dirigeantes et dirigeants du Parti libéral de l'époque.

[504] Mentionnons notamment les réformes visant la modernisation et la professionnalisation de l'appareil administratif de l'État québécois ainsi que la multiplication des interventions directes dans le domaine économique (création d'organismes comme la Société générale de financement et la Caisse de dépôt et placement, nationalisation de l'électricité, etc.) (Pelletier, 1992, p. 618).

[505] Rappelons qu'à l'exception de l'assurance-maladie, les grands programmes sociaux de sécurité du revenu qui constituent le cœur de l'État-providence (assurance-chômage, allocations familiales et pensions de vieillesse), bien que de compétence provinciale, avaient déjà été mis en œuvre par le gouvernement fédéral – avec l'accord des provinces – entre 1940 et 1952.

Au-delà de la rapidité et de l'ampleur des réformes réalisées, c'est surtout leur caractère exceptionnellement « progressiste » qui conduit plusieurs analystes à considérer que le Québec se hisse durant les années 1960 et 1970 à l'avant-garde des États-providence en Amérique du Nord[506]. Dans le domaine socio-sanitaire, c'est comme on l'a vu la création du modèle des CLSC – unique en Amérique du Nord, voire même dans l'ensemble du monde occidental – qui incarne cela le plus clairement. Or, à partir de l'analyse des points de vue de classe présentée dans la Partie 1 et de l'analyse historique du rapport de force entre les classes présentée dans ce chapitre, nous sommes désormais en mesure de proposer une explication originale permettant de comprendre : 1) la forme particulière prise par le modèle des CLSC ; et 2) qu'un tel modèle ait été créé au Québec – et pas ailleurs. Plus précisément, nous sommes en mesure de montrer que les rapports entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs ont joué un rôle significatif dans ces développements. Plus encore, nous verrons que l'explication proposée ici peut, dans une certaine mesure, contribuer plus largement à la compréhension du passage inusité, au Québec, d'un État-providence « sous-développé » à un État-providence particulièrement avancé.

Tout d'abord, la présentation historique faite ici montre clairement que les rapports entre les classes ont joué un rôle crucial dans le développement plus ou moins rapide des politiques sociales partout dans les pays occidentaux. Pour reprendre les termes de Therborn, un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs (ou du moins un militantisme ouvrier suffisamment vigoureux pour être perçu comme une menace par les élites économiques et politiques) est de manière générale une condition nécessaire – bien que non suffisante – pour la mise en place de politiques sociales. Dans cette optique, et au-delà de la thèse du « rattrapage » du Québec par rapport au reste du monde occidental[507], il est donc clair que les gains sociaux considérables

---

[506] En plus de Rouillard, on peut également se référer aux auteurs qui font l'objet de la revue de la littérature.

[507] Pour une analyse critique de cette thèse, voir Rouillard (1998) et Pelletier (1992). Si ces deux auteurs admettent que la Révolution tranquille représente soit un tournant important (Rouillard), soit une rupture

réalisés au Québec dans la foulée de la Révolution tranquille – et qui étaient au cœur des revendications syndicales depuis plusieurs années – sont largement tributaires de la combattivité particulièrement intense des travailleuses et des travailleurs durant cette période.

Comme nous l'avons montré, cette combativité et cette radicalisation du mouvement syndical et populaire québécois durant les années 1960 et 1970 dépassent largement le « contexte de la Révolution tranquille » et l'histoire particulière du Québec. Elles s'inscrivent dans une tendance internationale claire – amorcée au début de la Seconde guerre mondiale, voire même à la fin des années 1930 – vers un renforcement du mouvement ouvrier qui culmine durant les années 1960-1970, et plus précisément à la fin des années 1960 et au début des années 1970[508]. Outre la croissance économique exceptionnelle des « Trente glorieuses », qui contribue à l'atteinte du plein-emploi (ou du moins au maintien de faibles taux de chômage) et qui apaise les résistances de la classe capitaliste à l'égard d'un partage des fruits de la croissance, ce rapport de force favorable dont jouit la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années d'après-guerre repose comme nous l'avons vu sur le cadre institutionnel « providentialiste et fordiste » qui prédomine dans l'ensemble des pays occidentaux à partir des années 1940 et qui est lui-même le résultat, dans une large mesure, des mobilisations ouvrières passées.

---

politique (Pelletier), ils montrent que la situation socio-économique du Québec était, depuis la fin du XIXe siècle, comparable à celle du reste du Canada et des États-Unis. Plus précisément, ils montrent que sur le plan de l'urbanisation et de l'industrialisation, le Québec n'avait aucun « retard » sur les autres juridictions nord-américaines. Rouillard montre également que contrairement aux idées reçues, le Québec était pourvu depuis la fin du XIXe siècle d'une petite et moyenne bourgeoisie francophone considérable, organisée et influente, ainsi que d'un mouvement syndical tout à fait comparable à celui des autres provinces et des États-Unis. Enfin, il conteste l'image d'un Québec historiquement paralysé dans un conservatisme hégémonique en montrant qu'un courant libéral vigoureux – portée notamment par la petite et moyenne bourgeoisie et par ses représentants politiques que sont le Parti libéral et, dans une moindre mesure, le Parti conservateur – existait dans la province depuis le XIXe siècle.

[508] Rappelons que nous faisons ici état d'une *tendance générale* et que certains reculs ou replis du mouvement ouvrier se sont bien sûr momentanément produits durant les années d'après-guerre, et notamment au moment de la récession de la fin des années 1950.

C'est donc à la faveur de ce rapport de force que se produit, dans tous les pays occidentaux ainsi qu'au Québec, une radicalisation sans précédent de la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1960 et 1970[509]. Cette radicalisation se manifeste partout par une explosion remarquable du nombre de conflits de travail (légaux et illégaux) ; par l'émergence d'une multitude de mouvements sociaux et populaires qui convergent avec et contribuent à radicaliser davantage le mouvement syndical ; par une influence importante des idées socialistes ; par une politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs et – dans plusieurs pays d'Europe – par le poids politique grandissant et même l'arrivée au pouvoir de partis ouvriers ; et par une vague de contestations sociales et politiques d'une envergure exceptionnelle.

Une question se pose alors : si l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec se compare à celle de l'ensemble des pays occidentaux, qu'est-ce qui explique que le modèle des CLSC soit apparu au Québec seulement ? Et, plus largement : considérant ses similitudes avec le reste du monde occidental, en quoi l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec peut-elle nous permettre de comprendre cette particularité québécoise qu'est le passage rapide d'un État-providence quasi absent à l'un des États-providence, sinon l'État-providence le plus développé en Amérique du Nord ? À cela nous répondons qu'à partir de l'analyse de classe effectuée ici, il est possible de comprendre que *c'est précisément le retard du Québec en matière de politiques sociales qui explique qu'un modèle comme celui des CLSC soit apparu au Québec et pas ailleurs* (et qui explique peut-être aussi, de manière plus générale, le caractère exceptionnellement progressiste des politiques sociales adoptées dans la province à partir des années 1960).

En effet, si l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec ne le distingue pas particulièrement de la plupart des pays occidentaux, la province se distingue

[509] Nous verrons au chapitre 9 que d'autres facteurs – liés à une offensive amorcée par la classe capitaliste à partir de la fin des années 1960 afin de restaurer ses taux de profits et son pouvoir – contribuent également à expliquer cette radicalisation des travailleuses et des travailleurs.

cependant par son « retard » dans le domaine des politiques sociales. Avant de revenir plus directement au cas des CLSC, rappelons certains des facteurs qui contribuent à expliquer ce retard. Un premier facteur, mentionné plus haut, n'est pas exclusif au Québec mais concerne plutôt l'Amérique du Nord dans son ensemble : bien que la « courbe ascendante » favorable aux travailleuses et aux travailleurs qui caractérise le rapport de force entre les classes à partir des années 1930 jusqu'à la fin des années 1970 soit comparable dans la plupart des pays occidentaux, il est généralement admis (Swartz, 1977 ; Panitch, 1977 ; Newsinger, 2009 ; Esping-Andersen, 1999) que les rapports de classe aux États-Unis et au Canada (ainsi qu'au Québec) se distinguent, en comparaison de l'Europe, par une faiblesse structurelle de la classe des travailleuses et des travailleurs, qui se manifeste notamment dans son incapacité (ou presque) à s'organiser dans un parti politique autonome capable de s'imposer comme force politique réelle (Korpi, 2002). Il est clair également que cette faiblesse du mouvement ouvrier nord-américain contribue à expliquer le retard en matière de politiques sociales tant du Québec que du reste du Canada et des États-Unis (Esping-Andersen, 1999 ; Swartz, 1977 ; Panitch, 1977).

Un second facteur mentionné précédemment et qui permet quant à lui d'expliquer le retard du Québec par rapport au reste du Canada se trouve dans le blocage politique conservateur qui caractérise la scène politique provinciale entre 1944 et 1959[510]. Alors que durant cette période le mouvement syndical québécois jouit généralement, comme le mouvement syndical canadien, d'un rapport de force plutôt favorable qui lui permet de faire des gains substantiels au niveau des relations de travail (salaires et conditions de travail), il ne parvient pas à traduire ce rapport de force favorable en gains sociaux importants auprès du gouvernement provincial.

---

[510] Rouillard précise que l'Union nationale amorce la révision des politiques de Duplessis dès le décès de ce dernier en 1959. Le décès, quelques mois plus tard, de Paul Sauvé (successeur de Duplessis à la tête de l'Union nationale) « ne lui laisse pas le temps toutefois de mener à bien les changements souhaités » (Rouillard, 1989, p. 292) et ouvre grand la porte à l'élection du Parti libéral de Jean Lesage et à l'amorce de la Révolution tranquille.

La domination sans partage pendant quinze ans d'un parti politique conservateur et anti-syndical s'explique en partie par des facteurs qui ne se réduisent pas aux rapports de classe, et notamment par le pouvoir important, au sein de la société québécoise, de l'Église catholique qui incarne alors, avec la langue française, un des piliers de l'identité menacée des « Canadiens français » (Pelletier, 1992, p. 611). Il est d'ailleurs significatif que les domaines sociaux qui résisteront le plus à l'intervention de l'État durant cette période – l'éducation, les services de santé et les services sociaux – sont aussi ceux sur lesquels l'Église avait une mainmise directe.

Si ce blocage politique ne peut être réduit aux rapports entre les classes, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont aussi pu jouer un certain rôle dans le long règne de l'Union nationale. Comme on l'a vu, ce blocage politique est certainement renforcé par le fait que, encore plus que dans le reste du Canada, le mouvement syndical québécois ne pourra pas s'appuyer sur un parti politique autonome, la CCF ne parvenant pas à devenir au Québec une force politique ayant une quelconque influence. De plus, on peut penser qu'en plus de l'appui de l'Église et malgré son nationalisme, le régime de Duplessis jouissait également du soutien – ou du moins de la sympathie – de la grande bourgeoisie (anglophone), et particulièrement de la bourgeoisie états-unienne, qui n'était certainement pas favorable au développement de mesures sociales comme l'assurance-maladie publique.

L'appui sans réserve de Duplessis aux grandes compagnies minières (états-uniennes et canadiennes) lors des deux grands conflits de travail qui ponctuent son mandat et, de manière plus générale, son anti-syndicalisme virulent (Rouillard, 1989, p. 262 ; 278-285) sont particulièrement symptomatiques de la convergence entre le régime de Duplessis et les intérêts du grand capital[511]. Comme le souligne Pelletier (1992), le conservatisme et le nationalisme de Duplessis ainsi que les liens étroits entretenus par

[511] Mentionnons d'ailleurs que malgré son caractère illégal, le clergé soutiendra pour sa part les grévistes – syndiqués avec la CTCC (catholique) – lors de la grève de l'amiante de 1949 (Rouillard, 1989, p. 281)

son gouvernement avec l'Église catholique ne l'empêcheront pas d'encourager une modernisation économique largement excentrée (c'est-à-dire profitant à des intérêts capitalistes étrangers) et incompatible avec les valeurs défendues par ses alliés du clergé et de l'élite intellectuelle francophone, nationaliste et traditionnaliste :

> Mais par delà le conservatisme social qui prévalait s'installait progressivement la modernisation économique que l'Union nationale pouvait encourager. Investissements étrangers, développement des ressources naturelles, nouvelles industries, tels sont les traits dominants de cette modernisation économique en rupture avec l'attachement aux valeurs traditionnelles préconisé par le régime duplessiste et les élites de l'époque. (Pelletier, 1992, p. 611)

Enfin, en ce qui concerne cette fois plus directement le secteur de la santé, il est clair que la résistance des administrations hospitalières – qui relevaient pour la plupart de la puissante Église catholique – et de la profession médicale à l'assurance-maladie publique ainsi que plus largement à toute forme d'étatisation a certainement contribué au refus obstiné de l'Union nationale d'appuyer les initiatives fédérales en matière d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie (ou d'instaurer de telles mesures au niveau provincial)[512]. Cependant, on a vu que la classe capitaliste a joué un rôle significatif pour constituer la profession médicale en actrice puissante et influente dans le domaine de la santé (voir *supra*, chapitre 2). De même, on peut considérer que par son rôle dans le virage hospitalo-centrique qui s'impose durant les années 1940-1950, la classe capitaliste a aussi contribué au fait que les administrations hospitalières sont devenues des actrices incontournables du secteur sanitaire (voir *supra*, chapitre 3).

Plus directement, la classe capitaliste a aussi offert une résistance particulièrement farouche à l'instauration d'une l'assurance-maladie publique. On a vu qu'au niveau

---

[512] Ce refus obstiné fait d'ailleurs contraste avec le fait que le conservatisme et le nationalisme de Maurice Duplessis ne l'empêcheront pas, comme on l'a vu, de donner son accord à une modification de la constitution qui permettra la création en 1952 du programme fédéral universel de pensions de vieillesse. Précisons également que le régime de Duplessis ne sera pas opposé à toutes formes d'intervention étatique dans le domaine de la santé puisqu'il adhérera au programme fédéral de subventions pour la construction d'hôpitaux créé en 1948, même s'il s'agit là aussi d'une intrusion du gouvernement fédéral dans un champ de compétences provincial.

fédéral, cette résistance explique en partie que le gouvernement libéral de l'époque ait, au sortir de la guerre, repoussé la mise en œuvre d'une telle mesure, dont il ne sera plus question avant le milieu des années 1950. On a vu également que le développement, par la classe capitaliste, d'une alternative privée à l'assurance-maladie publique – les assurances collectives sur le modèle de la Croix Bleue – « a repoussé d'une vingtaine d'années l'adoption de l'assurance d'État » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 295 ; *supra*, chapitre 3). Rappelons que ces innovations – développées en collaboration avec les administrations hospitalières – ont été motivées avant tout par la volonté de faire échec aux revendications populaires en faveur d'une assurance publique. En fait, jusqu'à la veille de son adoption en 1970, les milieux d'affaires québécois se sont vivement opposés à la création d'un régime public d'assurance-maladie (voir *supra*, chapitre 4).

On constate donc que même si d'autres facteurs sont aussi en cause, les rapports entre les classes ont clairement joué un rôle – direct et indirect – dans le retard du Québec en matière de politiques sociales. La question demeure toutefois de savoir en quoi ce retard permet de comprendre le « bond » spectaculaire effectué par la province durant les années 1960-1970 et, plus spécifiquement, en quoi il permet de comprendre qu'un modèle comme celui des CLSC ait émergé précisément au Québec. La réponse se trouve dans le fait que contrairement aux autres pays occidentaux (et provinces canadiennes) qui ont développé la plupart de leurs programmes sociaux avant les années 1960, *le Québec, à cause de son retard, a mis sur pied son État-providence précisément au moment où la combativité et la capacité de mobilisation de la classe des travailleuses et des travailleurs atteignait, dans le rapport de force qui l'oppose à la classe capitaliste, un sommet historique et ce, tant au niveau provincial que national et international*. En ce qui concerne plus spécifiquement le système socio-sanitaire public et les CLSC, *ils sont fondés en 1971 alors que, partout dans le monde occidental, la radicalisation de la classe des travailleuses et des travailleurs atteint son apogée entre la fin des années 1960 et le début des années 1970.*

Un organisateur communautaire ayant participé aux premiers balbutiements de l'animation sociale et bien connu du milieu communautaire exprime cela très clairement, insistant du même souffle sur le fait que ce contexte exceptionnel dépasse largement le cas spécifiquement québécois de la Révolution tranquille :

> Mais la chose la plus importante – moi je te dis mon analyse à moi – ce qui importe pour être capable de comprendre cette période-là c'est de savoir qu'est-ce qui se passait à cette époque-là ! Et au niveau mondial ! C'était Mai 68 en France, c'était les occupations de cégeps ici. [...] Il fallait que ça change, et c'était possible que ça change. Et c'était le climat généralisé. Ça se passait dans le contexte de ce qu'on a appelé la Révolution tranquille ici au Québec, mais c'était mondial ! Je ne sais pas qu'est-ce que ça prend pour faire un climat pareil, mais je peux te dire que ce climat-là... tout le monde se sentait sur une page blanche, à écrire. Et c'était généralisé, c'était pas juste ici au Québec. [...] Ça a correspondu à la période qu'on a appelé la Révolution tranquille ici mais... [...] C'était possible que ça soit organisé autrement, c'était crucialement important que ça soit organisé autrement, et c'était possible. [...] C'est ce climat-là dans lequel sont nés les CLSC et le début de l'animation sociale à Montréal. (Entretien 7)

Ajoutons à cela que, comme nous l'avons vu précédemment, la classe des travailleuses et des travailleurs québécoise se retrouve à partir du début des années 1960 à l'avant-garde des luttes syndicales et populaires en Amérique du Nord et ce, sous plusieurs aspects. Cette radicalisation particulièrement forte du mouvement ouvrier québécois durant les années 1960 et 1970 peut s'expliquer en partie au moins par la dynamique – particulière au Québec – introduite par la conjonction des luttes et revendications des travailleuses et travailleurs avec la lutte de « libération nationale ». Rappelons en effet qu'en plus de l'influence des idées socialistes et de la convergence avec les mouvements étudiant, féministe et populaire (influence et convergence qui se produit aussi dans plusieurs autres pays du monde occidental), le mouvement syndical québécois est aussi alimenté à cette époque – et ceci distingue le Québec de la plupart des autres États occidentaux – par un courant nationaliste qui se radicalise et s'affirme lui-même de plus en plus fortement durant cette période. En particulier, on a vu que la crise d'octobre a joué un rôle crucial dans la radicalisation de l'ensemble des forces

sociales proches de la classe des travailleuses et des travailleurs au Québec. Dans ce contexte, et considérant que cette classe se retrouve ainsi parmi les plus combative du monde occidental durant les années 1960 et 1970, il devient d'autant plus compréhensible que la réforme du système socio-sanitaire québécois entreprise en 1970 ait été beaucoup plus loin dans le sens du point de vue des travailleuses et des travailleurs que les réformes mises en œuvre dans les autres provinces canadiennes.

Plus concrètement, *le retard du Québec en matière socio-sanitaire a permis à la classe des travailleuses et des travailleurs de la province de radicaliser considérablement son point de vue sur le rôle de l'État, la sécurité sociale et la santé et ce,* avant *que soient adoptées l'assurance-maladie et les réformes majeures qui donneront naissance au réseau socio-sanitaire public.* Comme nous l'avons vu, l'instauration d'un régime d'assurance-maladie public devient la grande priorité du mouvement syndical québécois (et canadien) à partir du milieu des années 1950 (voir *supra*, chapitres 3 et 4). Dans ce contexte, les grandes centrales syndicales s'engagent dès la fin des années 1950 dans un effort de réflexion considérable sur la santé, qu'on inscrit d'emblée dans une réflexion plus large sur le rôle de l'État dans le domaine de la sécurité sociale (voir *supra*, chapitre 4). Cette réflexion aboutit notamment, à partir du milieu des années 1960, à des revendications pour la rationalisation de la pratique médicale extra-hospitalière et son organisation autour d'un réseau de polycliniques intégrant services de santé et services sociaux et favorisant le travail en équipes multidisciplinaires.

Dans la même foulée, le mouvement syndical élabore également durant les années 1960 une critique de plus en plus virulente de la profession médicale et de l'organisation privée du système de soins (voir *supra*, chapitre 4), qui culmine à l'été 1970 alors que se joue une lutte féroce autour de la portée du projet de loi devant instaurer le régime d'assurance-maladie public. En effet, il est clair qu'en plus du virage socialiste pris par les principales centrales à cette époque, cette lutte, et notamment la résistance farouche des médecins (et particulièrement des médecins spécialistes) à l'égard du programme

contribuera à radicaliser les positions syndicales en matière sanitaire. Ainsi, alors qu'on hésitait encore en 1966-1967 à réclamer le salariat pour les médecins et l'étatisation de la médecine, les revendications exprimées par le front commun des syndicats en juin 1970 vont plus loin que jamais :

> The only answers to the entire problem, the common front claimed, were : a) abolition of the 'corporations' currently negotiating on behalf of the professions ; b) introduction of a British-style system of state medicine rather that medical care insurance ; c) remuneration of all professionals providing service by salary rather than fee-for-services ; d) creation of a crown corporation to manufacture and distribute pharmaceuticals. (Taylor, 1972, p. 227)

Parallèlement émerge un mouvement populaire (comités de citoyennes et de citoyens et groupes populaires) qui développe une idéologie de la participation et éventuellement de démocratisation radicale des services publiques convergeant fortement avec les demandes de participation populaire et de démocratisation sociale et économique (re)mises de l'avant par les centrales syndicales durant les années 1960. À partir de 1967, cette idéologie prend une consistance nouvelle en s'incarnant dans une multitude de groupes autonomes (populaires) de services – dont les cliniques communautaires. De celles-ci émerge une conception de la santé radicalement alternative qui est non seulement fortement critique des conceptions et pratiques socio-sanitaires prédominantes, mais qui conduit également ces cliniques à développer des pratiques innovantes qui, à plusieurs égards, seront importées dans le modèle des CLSC au moment de sa mise en œuvre (voir *supra*, chapitre 4 et *infra*, chapitre 8 et 9).

Plus largement, nous avons démontré très clairement les similitudes frappantes entre le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière socio-sanitaire et celui des réformatrices et des réformateurs de la CESBES (voir *supra*, chapitre 5). De même, nous avons montré que le modèle des CLSC tel qu'il apparaît dans le projet de loi 65 et tel qu'il est instauré dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1971 correspond en grande partie aux revendications syndicales et

populaires, et particulièrement au modèle populaire des cliniques communautaires et aux demandes syndicales en faveur de l'organisation de la pratique médicale autour de polycliniques multidisciplinaires (voir *supra*, chapitre 6). Plus globalement, nous avons pu constater que dans l'ensemble, la réforme du réseau socio-sanitaire répond dans une certaine mesure aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs en faveur d'une rationalisation de l'organisation du réseau ainsi que d'une démocratisation des services publics (voir *supra*, chapitre 6).

Or, à la lumière de l'analyse proposée dans le présent chapitre, il devient clair que ces correspondances fortes entre le point de vue et les revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs et la forme particulière prise par le modèle des CLSC ne sont pas une coïncidence : comme cela a été affirmé précédemment, le retard du Québec en matières de politiques sociales (particulièrement dans le domaine socio-sanitaire) a eu pour conséquence non seulement de permettre à la classe des travailleuses et des travailleurs de la province de radicaliser son point de vue et ses revendications en matière socio-sanitaire *avant* que soient adoptées les réformes dans ce domaine, mais ce retard a aussi signifié que *ces réformes ont été adoptées à un moment où la classe des travailleuses et des travailleurs avait plus que jamais la capacité d'imposer ce point de vue et ces revendications*.

En effet, grâce au rapport de force exceptionnellement favorable dont jouissent les travailleuses et les travailleurs – non seulement du Québec mais aussi du reste du monde occidental – durant cette période, le mouvement ouvrier acquiert partout dans les pays occidentaux une capacité d'influence sans précédent sur le discours ambiant et sur les gouvernements (voir *supra*, section 7.2 ; Harvey, 2005 ; Korpi, 2002). Cette influence politique et sociale des mouvements syndical et populaire – qui se manifeste notamment dans la prolifération des idées et conceptions « socialisantes », voir même socialistes – est telle qu'elle suscitera même, éventuellement, l'inquiétude de la classe capitaliste, comme nous le verrons plus loin (voir *infra*, chapitre 9).

Cette tendance s'observe aussi bien sûr au Québec : à cette époque, « [l]e monde syndical occupe une place prépondérante dans la société. Il continue cependant de se radicaliser en exigeant des changements sociaux drastiques et en menant une lutte idéologique intense qui l'amène à intervenir plus que jamais dans le champ politique. » (Ministère du Travail, 2011, p. 30) Dans la même optique, Rouillard souligne l'influence particulière qu'acquiert le mouvement syndical sur le gouvernement québécois à partir du début des années 1960 :

> À partir de la Révolution tranquille, l'évolution politique du Québec est plus perturbée qu'auparavant. [...] Cette relative instabilité est le reflet d'une fermentation sociale sans précédent dans l'histoire du Québec. Le mouvement syndical y joue un rôle de premier plan et devient un interlocuteur beaucoup plus influent auprès du gouvernement du Québec qui occupe, plus que le fédéral, une place prépondérante dans ses préoccupations. (Rouillard, 2004, p. 190)

En ce qui concerne plus spécifiquement l'influence des mouvements syndical et populaire sur les réformatrices et les réformateurs de la CESBES (ainsi que sur celles et ceux qui se retrouveront au pouvoir en 1970), tout indique qu'elle a aussi été importante, même si cela n'est pas toujours explicitement reconnu par Claude Castonguay lui-même. En effet, lorsqu'interrogé sur les sources d'inspirations qui ont conduit la CESBES à développer le modèle des centres locaux de santé (qui deviendront les CLSC en 1971), l'ancien président de la CESBES et ministre des Affaires sociales insiste surtout sur le voyage d'étude effectué en Europe, et en particulier sur le rôle joué par les modèles suédois et tchécoslovaques pour convaincre les commissaires de centrer le réseau sur une première ligne intégrant les services de santé et les services sociaux (Entretien 9). Il ne mentionne pas le mouvement syndical ni les mémoires déposés par les centrales devant la Commission bien que, comme nous l'avons vu, celles-ci revendiquaient, dans ces mémoires, un modèle d'organisation des soins de première ligne très proche de celui qui sera finalement instauré sous la forme des CLSC.

En revanche, Castonguay n'hésite pas à affirmer que les cliniques populaires étaient bien connues de la CESBES et que des contacts ont eu lieu entre ces cliniques et des membres de la Commission :

> Ah oui oui ! On savait qu'elles existaient. Il y a eu des contacts. On avait des travailleurs sociaux qui ont fait des travaux pour la Commission, on a fait faire un certain nombre d'études [...]. On avait une assez bonne connaissance de ce qui existait, mais c'était très limité, on ne pouvait pas prendre ça nécessairement comme un modèle unique. (Entretien 9)

De plus, malgré le fait que ces contacts étaient difficiles (en bonne partie pour des raisons idéologiques et politiques) et que la Commission ne pouvait pas prendre les cliniques populaires comme « modèle unique » à partir desquels développer le réseau des CLSC, la CESBES espérait que, partout où elles existaient, les cliniques populaires serviraient de base pour mettre sur pied des CLSC :

> Il y avait quelques cliniques populaires, il n'y en avait pas des tonnes. [...] On avait eu un peu de contact avec eux, mais encore là [...] ils nous contestaient dans les cliniques populaires très durement. Alors c'était difficile d'avoir des contacts. Mais on n'avait pas une attitude négative à leur endroit, au contraire. On croyait que c'est à partir de ça qu'on pourrait développer, où elles existaient. Comme à Saint-Henri, c'est devenu un CLSC à partir de la clinique qui était là, je pense [aussi] à Hochelaga-Maisonneuve. Maintenant je revois de ces gens-là, [...] ils me disent qu'ils étaient nettement communistes à l'époque, et qu'ils nous voyaient comme une menace ! Alors la collaboration dans ce temps-là et la consultation, ce n'est pas facile. (Entretien 9)

En 1975, lors d'une allocution prononcée au congrès de fondation de la Fédération des CLSC, le ministre des Affaires sociales de l'époque, Claude Forget, reconnait pour sa part explicitement que les CLSC constituent une « généralisation », dans un cadre public, des premières expériences de cliniques populaires. Autrement dit, il est très clair que le modèle des CLSC est directement inspiré de ces cliniques même si, sous plusieurs aspects, il ne va pas aussi loin qu'elles. Il parle ainsi de

> l'existence antérieure au programme gouvernemental de C.L.S.C. d'un nombre limité d'expériences isolées, basées sur l'initiative de groupes particuliers dont je ne minimise certainement pas la valeur, ni l'intérêt. Sans doute, en généralisant ces expériences particulières, de type privé, en un programme public de C.L.S.C. destiné à 'couvrir' éventuellement tout le territoire habité du Québec, on se retrouve à modifier certaines de leurs caractéristiques. (Forget, 1975, 3 mai)[513]

De même, lorsqu'on questionne Castonguay plus particulièrement sur la place de l'animation sociale et de l'action communautaire dans le modèle des CLSC tel qu'imaginé au départ, il apparaît assez clairement que les points de vue, idées et revendications issus des milieux syndicaux et populaires – notamment en matière de participation et de démocratisation – étaient à cette époque en mesure de s'imposer, au point où, dans les termes de Castonguay lui-même, certains de ces points de vue et revendications semblent presque hégémoniques. En cela, ils ont eu une influence importante sur les réformatrices et les réformateurs de la CESBES et du ministère ainsi que sur le modèle des CLSC et ce, même si Castonguay ne précise pas que, par exemple, le « concept de participation » et la « contestation » provenaient en fait, comme nous l'avons clairement montré, des milieux populaires et syndicaux :

> On était à l'époque où le concept de la participation était dominant. Tout le monde parlait de participation. On était aussi à l'époque de la contestation. Vous vous souvenez de Mai 68 par exemple et les incidents au Québec que nous avons eu au plan de la langue notamment et à toutes sortes d'autres points de vue. Alors l'approche qu'on avait prise c'était de dire : on va laisser le plus de latitude possible aux CLSC de se développer selon les besoins de la population et on va essayer d'impliquer la population pour que, en interaction avec les gens dans les CLSC, on détermine la gamme de services qui devaient être offerts. (Entretien 9)

De manière plus générale, il semble clair également que la perspective sociale ou l'idéologie « socialisante » qui conduira les réformatrices et les réformateurs de la CESBES et du ministère des Affaires sociales à défendre une conception sociale et

---

[513] Rappelons qu'avant d'être élu aux élections d'octobre 1973 – qui ont reporté au pouvoir le Parti libéral de Robert Bourassa – et d'être nommé ministre des Affaires sociales en remplacement de Claude Castonguay (qui a choisi de ne pas se représenter), Claude Forget a participé aux travaux de la CESBES et a par la suite été sous-ministre adjoint au MAS.

globale de la santé et à proposer un modèle comme celui des CLSC trouve en bonne partie ses origines dans la perspective sociale et dans le discours et les idées proche du socialisme que les milieux syndicaux et populaires parviendront à imposer durant les années 1960 et 1970. Comme le souligne un acteur bien connu de l'époque : « les CLSC [...] c'était un projet socialiste ! » (Entretien 6) De même, une organisatrice communautaire ayant participé à l'implantation d'un des premiers CLSC considère que la conception sociale de la santé qui a inspiré le modèle des CLSC doit être situé dans les suites de la Révolution tranquille, mais aussi dans le contexte de mobilisation et de politisation des mouvements syndical et populaire caractéristique des années 1970 :

> Moi je pense que ça faisait partie des suites de la Révolution tranquille, c'était les suites d'un contexte beaucoup plus général de politisation lié aussi à l'impact des groupes communautaires, des groupes syndicaux qui ont... qui un moment donné... il y a eu une mouvance politique extraordinaire dans les années 1970. (Entretien 18)

Une nuance importante s'impose toutefois : bien que le rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs durant les années 1960-1970 leur a permis, plus que jamais, d'avoir une influence sociale et politique significative durant la période, cela ne signifie pas que les mouvements syndical et populaire ont été en mesure d'imposer intégralement leur point de vue. Le cas des CLSC et, plus largement, de la réforme du réseau socio-sanitaire du début des années 1970 illustre cela très clairement. En effet, si le point de vue de la CESBES, les principales dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1971 et le modèle des CLSC correspondent dans une large mesure au point de vue et aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs, on a pu constater qu'ils sont aussi, de ce même point de vue, limités (voir *supra*, chapitres 5 et 6). Plus encore, on a vu qu'entre le projet de loi 65 et la loi finalement adoptée en 1971, certains « reculs » se produisent qui éloignent le modèle des CLSC et le réseau socio-sanitaire du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs pour le rapprocher de

celui de la classe capitaliste (voir *supra*, chapitre 6), alors que la première est, en 1970-1971, au sommet du rapport de force qui l'oppose à la seconde.

Rappelons en effet qu'au lendemain de l'adoption de la loi, la Chambre de commerce de la province de Québec exprimera sa satisfaction à l'égard des principales modifications apportées au projet de loi qui, selon elle, « répondent en grande partie aux vœux que nous formulions dans notre commentaire sur ce projet de loi » (CCPQ, 1972, janvier). Considérant : 1) le rapport de force exceptionnellement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs à cette époque et 2) le fait que, comme nous l'avons vu, la classe capitaliste s'est relativement peu mobilisée (du moins ouvertement) au sujet de la réforme du réseau socio-sanitaire[514], on peut se demander ce qui explique ce rapprochement de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* avec le point de vue de la classe capitaliste[515].

Que le milieu des affaires ait exercé des pressions informelles sur le gouvernement est bien sûr une possibilité réelle, qu'il n'a cependant pas été possible de vérifier. Quoiqu'il en soit, il semble assez clair que les modifications apportées au projet de loi et les reculs par rapport aux intentions initiales sont en bonne partie attribuables aux pressions exercées par les actrices les plus puissantes du réseau que sont les administrations hospitalières et la profession médicale (Fleury et Gaumer, 2007, p. 8). Autrement dit, ces modifications rapprochant la loi du point de vue de la classe capitaliste s'expliquent en partie au moins parce que ces actrices « internes » au réseau sanitaire ont défendu

[514] Rappelons qu'à l'exception de l'Association des établissements privés, aucune représentante ou représentant du milieu des affaires n'a déposé de mémoire devant la commission chargée d'étudier le projet de loi 65, ce qui fait contraste avec la mobilisation considérable des associations issues de la classe capitaliste autour de l'enjeu de l'assurance-maladie (voir *supra*, chapitre 6).

[515] Précisons à nouveau qu'il s'agit cependant d'un rapprochement relatif puisque dans l'ensemble, la loi de 1971 est beaucoup plus proche du point de vue des travailleuses et des travailleurs que de celui du milieu des affaires.

devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi des positions qui, peut-on en déduire, correspondent dans une large mesure à ce même point de vue[516].

Si ces actrices et acteurs ont pu imposer au moins partiellement leur point de vue – et, par la même occasion, celui de la classe capitaliste – malgré le rapport de force très favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs, c'est parce qu'elles et ils jouissent, au sein du système socio-sanitaire, d'un certain pouvoir « structurel » qui, jusqu'à un certain point, force les décideuses et les décideurs à tenir compte de leurs points de vue et intérêts. Plus précisément, le système socio-sanitaire québécois est structuré par son caractère hospitalo-centrique et par la place prédominante qu'y occupe la médecine scientifique et curative, ce qui a pour résultat de constituer les établissements hospitaliers et les médecins en actrices et en acteurs incontournables du réseau.

---

[516] Il déborderait du cadre de notre démarche de présenter une analyse qui comparerait le point de vue du milieu des affaires avec celui des directions d'hôpitaux et des médecins. Néanmoins, l'analyse de Fleury et Gaumer (2007), qui souligne le rôle de ces actrices et acteurs « internes » au système socio-sanitaire dans les reculs opérés par rapport au projet initial, combinée à la satisfaction exprimée par la Chambre de commerce face aux modifications apportées au projet de loi suggère fortement l'existence d'une convergence significative entre ces deux points de vue. De plus, une lecture rapide des représentations faites par les fédérations de médecins et les associations d'établissements devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi tend à confirmer cette hypothèse. Voir en particulier les représentations faites par la FMOQ et l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec (Québec, 1971, 5 octobre) ; celles faites par la FMSQ (Québec, 1971, 15 octobre) ; et celles faites par l'Association des hôpitaux de la province de Québec (Québec, 1971, 19 octobre). Cette forte convergence entre les positions du secteur privé (et notamment de l'ADEP) et celle des médecins et directions hospitalières face au projet de loi 65 est également constatée par au moins une journaliste de l'époque : « Administrateur d'hôpitaux, médecins omnipraticiens, directeurs d'établissements privés ont fait front commun hier à la commission parlementaire des affaires sociales pour dénoncer l'ingérence du gouvernement dans leurs affaires par le biais du projet de loi 65 [...]. On a reproché au ministre Castonguay son manque de confiance dans les institutions mises en place et administrées souvent bénévolement par des conseils d'administration qui n'ont pas plus l'intention d'être mis au rancart que les institutions privés » (*Le Devoir*, 1971, 6 octobre). Toutefois, il ne faut pas en conclure que la classe capitaliste, les médecins et les administrations hospitalières partagent à tous les niveaux des positions et un point de vue identiques. Au contraire, leurs intérêts peuvent parfois s'opposer : Guérard et Rousseau (2006) montrent par exemple comment la méfiance des médecins et des hôpitaux à l'égard des compagnies d'assurance privée a contribué à l'incapacité de la Croix Bleue et des autres sociétés et compagnies d'assurance à s'imposer comme alternative privée à l'assurance-étatique.

Il est donc clair que des facteurs « internes » au réseau socio-sanitaire ont joué un rôle significatif dans les reculs observés entre le projet de loi 65 et la loi adoptée en 1971. Se limiter à ces facteurs « internes » empêche toutefois de voir que des rapports de classe sont, comme on l'a montré et répété dans les chapitres qui précèdent, bel et bien à l'œuvre derrière ces facteurs. Ainsi, tout indique que les similitudes entre le point de vue du milieu des affaires et celui des médecins et des établissements hospitaliers sur les enjeux qui concernent le système socio-sanitaire ne sont pas une simple coïncidence. On a montré précédemment que les médecins partagent historiquement avec la classe capitaliste une proximité sociale et des affinités de classe importantes (voir *supra*, chapitre 2). Si les liens entre le milieu des affaires et les administrations hospitalières sont moins intimes (surtout en ce qui concerne les établissements religieux), leurs intérêts ont néanmoins souvent convergé depuis le début du XXe siècle. Notamment, on a vu comment les hôpitaux se sont associés aux compagnies d'assurance commerciales et aux grands industriels pour développer une alternative privée à l'assurance-maladie étatique (voir *supra*, chapitre 3). Il semble également que le milieu des affaires a eu tendance à être bien représenté au niveau des directions et administrations hospitalières. Rousseau parle ainsi, pour les années 1940, d'un

> petit groupe d'hommes d'affaires issus principalement des rangs de la grande bourgeoisie montréalaise, très présent dans les réseaux philanthropiques tissés autour des hôpitaux anglophones : [en 1943], 17 d'entre eux cumulent des postes de divers ordres au Montreal General Hospital. (Rousseau, 2004, p. 181)

Plusieurs indices – quoique nous ne disposions à ce sujet que d'informations anecdotiques – suggèrent que, traditionnellement, le milieu des affaires francophones a aussi été très présent dans la gestion des hôpitaux. Ainsi, on a vu qu'au moment où la LSSSS est débattue et adoptée, le conseil d'administration de l'hôpital de Saint-Henri est composé en bonne partie d'hommes d'affaires francophones et, pour le reste, de professionnels (Québec, 1971, 10 novembre) ; à la même époque (et selon la même

source), le président de l'hôpital Champlain est Roméo Benoit, qui est aussi le président de la Dominion Bridge (Québec, 1971, 10 novembre).

De même, au congrès de la CSN de 1974, Marcel Pepin dénonce le fait que la Loi des hôpitaux et la LSSSS aient maintenu « en place les représentants des anciennes corporations » et, pour l'essentiel, les administrations traditionnellement dominées par « les notables, les représentants des grandes maisons d'affaires, les représentants des corporations religieuses et les représentants de la profession médicale » (CSN, 1974, p. 155). Il cite en exemple le conseil d'administration de l'hôpital Notre-Dame, présidé à l'époque par Gérard Plourde – qui est également (entre autres) président de United Auto Parts et vice-président d'Alliance Cie Mutuelle – et composé en majorité d'hommes d'affaires.

L'alliance plus ou moins formelle conclue durant les années 1950 entre plusieurs établissements hospitaliers religieux – et notamment ceux gérés par les sœurs de la Providence – et l'Association professionnelle des industriels (API) suggère aussi une certaine proximité – d'intérêts et idéologique – entre la classe capitaliste et ces administrations hospitalières (Desrochers *et al.*, 1997, p. 130-133). En effet, c'est leurs positions fortement antisyndicales qui conduiront celles-ci à retenir en 1954 les services d'Arthur Matteau, qui est alors chef du service des relations industrielles de l'API. Ce dernier agira durant les années suivantes comme représentant de la partie patronale lors de plusieurs rondes de négociations collectives dans les hôpitaux. Quant à l'API, qui partage bien sûr les positions antisyndicales des administrations hospitalières concernées, elle « considérait le milieu hospitalier comme la pierre angulaire de la législation du travail à venir, particulièrement dans le domaine de l'arbitrage. Elle envisageait favorablement la perspective d'en faire son principal lieu d'opposition au syndicalisme. » (Desrochers *et al.*, 1997, p. 131)

On constate donc, comme pour la profession médicale, une certaine proximité – voir dans certains cas des liens organiques – entre les administrations des hôpitaux et le

milieu des affaires. Dans cette optique, il n'est pas surprenant que ces différentes actrices et acteurs que sont les médecins, les établissements hospitaliers et la classe capitaliste aient partagés des points de vue semblables sur les enjeux sanitaires. Comme le souligne un organisateur communautaire ayant œuvré dans les CLSC à partir du milieu des années 1970 :

> Pourquoi les hommes d'affaires, on les retrouvait tous à l'hôpital sur le conseil d'administration ? Pourquoi c'est des hommes d'affaires ? [...] Pourquoi ils ont intérêts à être là eux autres ? Ils défendaient dans le fond un point de vue de classe moi je pense, de leur classe sociale. (Entretien 3)

Rappelons également à nouveau que par son rôle crucial dans le développement (et éventuellement la capacité à s'imposer) de la médecine scientifique ainsi que dans le virage hospitalo-centrique du réseau sanitaire, la classe capitaliste a aussi contribué de manière importante à constituer la profession médicale et les administrations hospitalières en actrices puissantes au sein du réseau (voir *supra*, chapitre 2 et 3). Autrement dit, le « pouvoir structurel » ou la position dominante de ces actrices et acteurs au sein du réseau – qui explique leur capacité à imposer au moins partiellement leur point de vue lors de l'adoption de la LSSSS – ne doivent pas être considérés comme des facteurs strictement « internes » au réseau puisqu'ils renvoient aux liens qui existent entre ces actrices et ces acteurs et le milieu des affaires.

On pourrait même aller jusqu'à faire l'hypothèse que cela contribue à expliquer, dans une certaine mesure, le peu d'empressement de la classe capitaliste à participer aux consultations entourant le projet de loi 65 (à ce sujet, voir *supra*, chapitre 6) : on peut penser en effet que, face à un enjeu qui, pour lui, est peut-être moins crucial que l'adoption de l'assurance-maladie, le milieu des affaires pouvait compter sur ses puissantes alliées et alliés « naturels » au sein même du réseau pour défendre les éléments essentiels de son point de vue. Quoiqu'il en soit, il semble clair que les limites de la loi telle qu'elle sera adoptée en 1971 – et notamment les dispositions concernant la place du secteur privé (dont les cliniques médicales) et la composition des conseils

d'administration (qui réserve une place importante aux anciennes corporations, et donc aux dirigeantes et aux dirigeants traditionnels des établissements dont plusieurs sont issus du milieu des affaires) – ne sont pas complètement étrangères aux réticences importantes de la classe capitaliste à son égard.

On peut penser également que le choix (conforme aux recommandations de la CESBES) de développer *progressivement* le réseau des CLSC et *en priorité dans les milieux défavorisés* – choix qui, rappelons-le, est motivé principalement par ce qui est perçu par les réformatrices et des réformateurs comme les contraintes financières pesant sur les possibilités de réforme (voir *supra*, chapitres 5 et 6) – n'est pas non plus étranger aux préoccupations du milieu des affaires à ce sujet (ni d'ailleurs à sa préférence pour les programmes sociaux de type résiduel). Si nous ne disposons d'aucun document témoignant de pressions directes exercées par les représentantes et les représentants de la classe capitaliste au moment des débats entourant le projet de loi 65, les inquiétudes du milieu des affaires quant aux coûts éventuels des réformes dans le domaine socio-sanitaire (et notamment quant aux coûts de l'assurance-maladie) ont néanmoins été exprimées avec force au moment des travaux de la CESBES (voir *supra*, chapitre 4).

Alors que ces « contraintes financières » qui obligent à restreindre le coût des réformes apparaissent la plupart du temps comme des contraintes « objectives », elles renvoient en réalité au fait que, du point de vue de la classe capitaliste, les dépenses sociales publiques représentent une menace directe pour l'accumulation privée du capital, ce dont la CESBES est d'ailleurs parfaitement consciente (voir *supra*, chapitre 5). Or, nous avons vu que si, en principe, la CESBES remet ce point de vue en question en faisant valoir que les dépenses sociales sont un investissement productif qui, à long terme, favorise la croissance économique (et donc l'accumulation privée du capital), elle se conforme finalement à ce point de vue au niveau de ses recommandations quant

à la mise en œuvre de la réforme qui, rappelons-le, doit se faire à coût nul (et donc, dans le cas des CLSC, progressivement et en priorité dans les quartiers défavorisés).

Si les pressions du milieu des affaires ont pu jouer un rôle dans ce choix, il est intéressant de noter que dans la mesure où la CESBES adhère à l'impératif de ne pas nuire (du moins à long terme) à l'accumulation privée du capital, un ralentissement économique important ou un resserrement significatif des taux de profits devient suffisant pour motiver la prudence des réformatrices et des réformateurs. Il s'agit là d'une des manifestations de ce que, dans une perspective marxiste, on considère généralement comme le pouvoir économique de la classe capitaliste (nous y reviendrons dans la conclusion générale de la thèse). Or, nous verrons plus loin (voir *infra*, chapitre 9) que la publication en 1970 du rapport de la CESBES sur la santé et la mise en œuvre de la réforme en 1971 se produisent justement dans un contexte où la classe capitaliste commence, partout dans le monde occidental, à craindre pour le maintien de ses taux de profits.

7.4 Conclusion

Tout concorde donc pour appuyer la thèse selon laquelle les rapports entre les classes ont joué un rôle crucial dans la naissance des CLSC et dans la forme particulière prise par le modèle. En ce qui concerne la forme prise par les CLSC au moment de leur création en 1971, on a clairement montré dans les chapitres précédents qu'elle correspond dans une large mesure au point de vue et aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière socio-sanitaire (voir *supra*, chapitres 4 et 6). En particulier, nous avons vu que le mouvement syndical réclame dès 1966 – notamment auprès de la CESBES – le développement d'un réseau de polycliniques intégrant services de santé et services sociaux et favorisant le travail en équipes

multidisciplinaires et que, parallèlement, des cliniques communautaires elles aussi très proches de ce que deviendra quelques années plus tard le modèle des CLSC émergent à l'initiative des groupes populaires à partir de 1967 (voir *supra*, chapitre 4).

Ainsi, alors que, pour comprendre la création d'un modèle comme celui des CLSC, la plupart des analyses insistent surtout sur les idées et les intentions des membres de la CESBES sans s'interroger sur les origines sociales de ces idées, nous avons montré la très forte convergence entre le point de vue exprimé dans le rapport de la Commission et celui de la classe des travailleuses et des travailleurs (voir *supra*, chapitres 4 et 5). Ceci nous conduit également à remettre en question les analyses qui voient plutôt le modèle des CLSC comme le produit d'une idéologie technocratique sécrétée par une « classe dominante technocratique » ascendante qui cherche à remplacer les élites traditionnelles et à conformer le réseau socio-sanitaire aux exigences nouvelles du capitalisme monopolistique. Une telle perspective, qui se limite au point de vue des « classes dominantes », reste aveugle au fait que ce modèle correspond dans une large mesure au point de vue et revendications des « classes dominées ». Certains aspects de cette « idéologie technocratique » sont d'ailleurs revendiqués par le mouvement syndical lui-même qui, comme on l'a vu, prend fermement position en faveur d'une rationalisation, par l'État, du système socio-sanitaire (voir *supra*, chapitres 4 et 5).[517]

L'analyse du rapport de force entre les classes développée dans le présent chapitre a quant à elle permis de montrer que cette forte convergence entre d'une part le point de vue et les revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs et d'autre part la forme particulière prise par le modèle des CLSC n'est pas le fruit du hasard. En effet, on a vu qu'au moment où les CLSC ont été conçus par la CESBES et créés par la LSSSS, la classe des travailleuses et des travailleurs était, plus que jamais, en mesure

[517] Au contraire de Jetté (2008), qui considère que le mouvement syndical adhère aux « principes supérieurs » du « monde industriel » que sont l'efficacité et la rationalité instrumentale et technocratique, nous précisons toutefois que la promotion, par les grandes centrales syndicales, d'une rationalisation du système de soins s'inscrit dans un contexte où celui-ci est dominé par le secteur privé et par des actrices et acteurs considérés par le mouvement syndical comme une élite privilégiée.

d'avoir une influence sociale et politique significative et d'imposer son point de vue : comme partout dans le monde occidental, le rapport de force entre les classes au Québec était durant les années 1960 et 1970 – et particulièrement au tournant des années 1970 – exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs. En particulier, il semble très clair que la perspective sociale et l'ouverture relativement importante à la participation populaire incarnée dans le modèle des CLSC est directement inspirée des revendications et pratiques démocratiques développées dans les milieux syndicaux et populaires et qu'elle est principalement le résultat des pressions (syndicales et populaires) exercées en ce sens.

Si la forme particulière du modèle des CLSC est en bonne partie tributaire du point de vue développé par les travailleuses et les travailleurs et du rapport de force très favorable qui leur a permis d'imposer ce point de vue, il n'en demeure pas moins que ce modèle apparaît comme limité – notamment sur le plan de la démocratisation – par rapport aux revendications des mouvements syndical et populaire. Or, ces limites renvoient quant à elles : 1) au « pouvoir structurel » dont jouissent les actrices et acteurs dominants du réseau socio-sanitaire et qui explique qu'elles et ils aient pu imposer au moins partiellement leur point de vue malgré la radicalisation et la combativité sans précédent des travailleuses et des travailleurs ; 2) plus indirectement, aux affinités de classes ou à la proximité sociale entre ces actrices et acteurs dominants et le milieu des affaires ainsi qu'au rôle joué historiquement par la classe capitaliste dans la constitution de ce pouvoir structurel ; et 3) au « pouvoir économique structurel » de la classe capitaliste elle-même, qui conduit les réformatrices et les réformateurs à concevoir les intérêts économiques du milieu des affaires comme des contraintes financières « objectives » pesant sur les possibilités de réforme. Dans cette optique, la forme particulière prise par le modèle des CLSC au moment de l'adoption de la loi de 1971 peut être considéré, dans une assez large mesure, comme *une cristallisation momentanée (historique) des rapports (et notamment des rapports de force) entre la classe des travailleuses et des travailleurs et la classe capitaliste*.

L'analyse du rapport de force entre les classes nous permet également de comprendre la naissance au Québec – et pas ailleurs – d'un modèle comme celui des CLSC. Plus largement, elle peut contribuer à expliquer que le Québec, qui était à la fin des années 1950 un des États occidentaux les plus « retardataires » en matière de politiques sociales, ait été en quelques années propulsé à l'avant-garde des États-providence en Amérique du Nord. Bien sûr, ce retard lui-même renvoie à des causes qui ne se réduisent pas aux rapports de classe, même si ceux-ci contribuent à l'expliquer au moins partiellement. Néanmoins, la perspective de classe adoptée ici nous permet de comprendre le développement rapide au Québec d'un État-providence particulièrement « progressiste » et l'apparition d'un modèle unique et innovateur d'organisation des soins et services sociaux de première ligne qui, sous plusieurs aspects, est très proche des revendications des mouvements syndical et populaire.

Alors que plusieurs analystes évoquent le contexte bouillonnant de la « Révolution tranquille » pour expliquer la naissance au Québec d'un modèle comme celui des CLSC ainsi que, de manière plus générale, le caractère particulièrement progressiste des politiques sociales adoptées dans la province durant les années 1960 et 1970, la perspective large adoptée ici montre que le Québec ne se distingue pas radicalement, à cet égard, des grandes tendances internationales qui marquent la période. Au contraire, il apparaît clairement, dans cette optique, que la Révolution tranquille s'inscrit en fait dans un contexte généralisé – du moins dans les pays occidentaux – de radicalisation de la classe des travailleuses et des travailleurs, favorisée notamment par le développement, depuis la fin des années 1930, d'un rapport de force exceptionnellement favorable à cette classe. Le contexte de la Révolution tranquille – et les intentions, intérêts et idéologies des réformateurs et des réformatrices de l'époque – ne suffisent donc pas à expliquer les particularités du Québec en matière de politiques sociales.

Cependant, si on a pu constater des similitudes importantes dans l'évolution du rapport de force au Québec et dans le reste du monde occidental, le Québec se distingue par le fait que, justement à cause de son retard, la construction de son État-providence – et plus spécifiquement de son système de santé et de services sociaux – s'est réalisée précisément au moment où le rapport de force entre les classes était le plus favorable aux travailleuses et aux travailleurs, et donc au moment où celles-ci et ceux-ci était, plus que jamais, en mesure d'imposer leur point de vue. C'est cette particularité du Québec – davantage que la Révolution tranquille elle-même – qui permet de comprendre l'apparition au Québec d'un modèle aussi novateur et progressiste que celui des CLSC ainsi que, peut-être, le bond spectaculaire effectué par la province dans le domaine des politiques sociales durant les années 1960 et 1970.

Ce chapitre a également été l'occasion de montrer que les rapports entre les classes ont joué un rôle significatif dans l'institutionnalisation du « modèle de développement providentialiste et fordiste » dans lequel émerge le modèle des CLSC et qui, selon Jetté, contribue à expliquer la forme prise par ce modèle. En particulier, on a vu que le militantisme et la combativité du mouvement ouvrier a, au Québec comme dans le reste du monde occidental, joué un rôle décisif dans l'émergence et la consolidation de ce cadre institutionnel qui caractérise les années d'après-guerre en Europe et, dans une moindre mesure, en Amérique du Nord[518].

Notamment, la plupart des politiques sociales – dont les politiques sociales en matière de santé et de services sociaux adoptées au Canada et au Québec – ont été développées dans des contextes où le rapport de force entre les classes était favorable aux

[518] Rappelons que si Jetté (2008) souligne lui aussi le rôle du mouvement syndical dans le passage au « modèle de développement providentialiste et fordiste », son approche de tendance « idéaliste » – c'est-à-dire axée sur l'analyse des « principes supérieurs » et des « mondes communs » qui constituent les divers « modèles de développement » – ne lui permet pas d'expliquer la capacité de ce nouveau « modèle de développement » – et des « principes supérieurs » et « mondes communs » qui lui sont associés – à s'imposer plus qu'un autre. L'analyse en termes de rapport de force proposée dans ce chapitre permet de combler – au moins partiellement – cette lacune.

travailleuses et aux travailleurs ou, du moins, dans des contextes où le militantisme ouvrier était suffisamment vigoureux pour être perçu comme une menace par la classe capitaliste et les élites politiques. Ainsi, on a pu constater que derrière les « initiatives fédérales » invoquées comme un facteur décisif (ou du moins comme un élément déclencheur) dans la plupart des analyses de l'histoire du réseau socio-sanitaires québécois se trouvent des rapports de classe qui agissent de manière plus ou moins directe pour motiver (ou inhiber) ces initiatives.

Cette insistance sur les rapports de classe nous permet aussi d'affirmer que la croissance économique exceptionnelle (ou le « Grand Boom ») qui caractérise les « Trente glorieuses » ne suffit pas – bien qu'elle joue un rôle important – à expliquer l'émergence et la consolidation de ce cadre institutionnel ni d'ailleurs le partage des fruits de cette croissance, et donc l'amélioration sans précédent des conditions de vie de la classe des travailleuses et des travailleurs durant cette période. Cette précision n'est pas seulement importante parce qu'elle nous permet de souligner le rôle joué par les rapports de classe dans ces développements. Elle l'est aussi parce qu'elle permet déjà d'entrevoir que la remise en question, à partir du milieu des années 1970, des gains salariaux et sociaux réalisés durant les décennies qui suivent la Seconde guerre mondiale ne seront pas *non plus* le résultat automatique des problèmes économiques qui affectent à partir de ce moment l'ensemble des pays occidentaux (bien que ces problèmes économiques jouent ici aussi un rôle incontestable).

Nous verrons au contraire, dans le chapitre 9, que c'est en grande partie parce que le cadre institutionnel des années d'après-guerre contribue de manière importante au renforcement des travailleuses et des travailleurs durant cette période et, ultimement, à la radicalisation socio-politique des années 1960 et 1970 qu'il fera l'objet, dès la fin des années 1960 dans certains pays mais à partir du milieu des années 1970 partout dans le monde occidental, d'une lutte féroce entre les classes. Avant d'en venir à cette analyse, qui devrait nous permettre de comprendre la remise en question très rapide du

modèle initial des CLSC à la même époque, il convient toutefois d'abord, dans le prochain chapitre, de présenter l'évolution de ce modèle durant les années 1970.

CHAPITRE 8

IMPLANTATION, REMISE EN QUESTION, REDÉFINITION ET « NORMALISATION » DU MODÈLE INITIAL DES CLSC (1971-1981)

Ce chapitre présente l'évolution du modèle initial des CLSC entre 1971 et 1981. Comme cela a été mentionné dans l'introduction, trois considérations justifient le choix de limiter l'analyse à la décennie 1970. D'abord, la problématique et la question de recherche dégagées dans l'introduction de la thèse concernent l'émergence au Québec d'un modèle comme celui des CLSC ainsi que l'abandon rapide du modèle *initial* des CLSC. Or, nous verrons que ce modèle initial est, pour l'essentiel, déjà écarté en 1981 (voire même dès 1977) – du moins au niveau des orientations du ministère des Affaires sociales (MAS). En effet, au moment où le MAS consent au parachèvement du réseau en 1981, le modèle des CLSC est considérablement modifié par rapport à la forme qu'il prendra durant ses premières années d'existence (1971-1974). Autrement dit, on peut considérer qu'il est à cette date largement « normalisé »[519].

Ensuite, l'analyse de la période de remise en question du modèle qui débute en 1974 et qui se termine en 1981 est suffisante pour dégager les tendances fortes qui s'amorcent alors et qui, comme nous le verrons rapidement en conclusion, continueront pour l'essentiel de s'imposer durant les décennies subséquentes. En effet, cette première période de remise en question des CLSC ne sera pas la dernière : mentionnons notamment l'épisode du Rapport Gobeil (1986) et du Rapport Brunet (1987) ainsi que, plus récemment, le virage vers les Groupes de médecine de famille (GMF) et les deux vagues de fusions d'établissements entamées au début des années 2000. Or, ces épisodes se situent clairement en continuité avec les tendances amorcées en 1974 et, en

[519] Nous reviendrons sur ce terme de « normalisation » des CLSC. Voir *infra*, l'introduction de la section 8.2.

ce sens, on peut considérer la réforme de 2015 imposée par la Loi 10 et par l'approfondissement du tournant vers les GMF comme leur aboutissement.

Enfin, le choix de restreindre l'analyse aux années 1970 est aussi un choix méthodologique : se limiter à une période de temps plus restreinte permet bien sûr de procéder à une analyse beaucoup plus approfondie et minutieuse de l'évolution des CLSC, et donc d'en saisir avec plus de finesse les nuances. Notamment, ce choix permet d'analyser dans le détail le processus de bureaucratisation qui accompagne la remise en question du modèle initial des CLSC. Or, ce processus reste à l'arrière-plan de la plupart des analyses non seulement de l'histoire des CLSC, mais aussi de l'évolution des politiques sociales, avec pour résultat qu'il apparaît généralement comme le résultat quasi-automatique, voire inévitable, du développement de l'État-providence.

L'analyse proposée ici – parce qu'elle se déploie sur une échelle de temps restreinte, mais aussi parce qu'elle s'intéresse aux rapports de force entre les classes sociales[520] – permet de montrer que le processus de bureaucratisation des institutions publiques qui accompagne l'émergence et la consolidation des politiques sociales – dans ce cas-ci, l'implantation des CLSC – est plutôt le résultat d'un processus *politique* impliquant des rapports de force, des décisions politiques et des résistances. Le cas des CLSC est à cet égard particulièrement intéressant parce que la bureaucratisation a ici clairement été imposée contre une alternative qui se présentait à l'époque non seulement comme une possibilité réelle, *mais aussi comme un des objectifs principaux de la réforme* : la *démocratisation* du système socio-sanitaire.

L'évolution du modèle initial des CLSC au cours de cette période d'une dizaine d'années est marquée par deux grandes étapes, que nous analyserons successivement. La première, qui s'échelonne de 1971 à 1974, correspond à la période d'implantation

[520] Cette démonstration ne sera donc complète qu'avec l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes présentée au prochain chapitre.

des premiers CLSC et donc au déploiement, sur le terrain, du modèle initial (section 8.1). La seconde, qui s'amorce en 1974 et se clôt en 1981, correspond à la période de remise en question et de redéfinition, par le MAS, du modèle initial des CLSC (section 8.2). Plus précisément, il s'agira d'analyser, à partir de la documentation du ministère, des débats à l'Assemblée nationale et des conférences de presse et allocutions des ministres des Affaires sociales, l'évolution du modèle initial des CLSC dans sa « définition officielle », c'est-à-dire telle qu'elle se manifeste dans les réflexions, prises de position et orientations successives du MAS et des ministres des Affaires sociales.

Il s'agira également de confronter, à partir des entretiens réalisés auprès de certaines actrices et acteurs de l'époque directement impliqués dans les CLSC, cette évolution « officielle » du modèle initial à son évolution « réelle », c'est-à-dire telle qu'elle se réalise dans les divers milieux. En effet, alors que les chapitres précédents n'ont permis que de présenter le modèle initial des CLSC tel que conçu par les réformatrices et les réformateurs de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES) et du MAS, le présent chapitre sera l'occasion de voir de quelle manière ce modèle sera modelé par les gens sur le terrain. Cet exercice permettra de constater certains écarts intéressants entre le modèle mis de l'avant par le ministère et celui réellement mis en œuvre.

Notamment, nous verrons qu'au cours des premières années d'implantation, plusieurs CLSC s'écarteront de la définition officielle (et même de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)) pour favoriser une plus grande participation citoyenne et restreindre le pouvoir des professionnelles et des professionnels (et notamment des médecins) au sein des instances du CLSC (section 8.1.2). Nous verrons également que la conception de la prévention et de l'action communautaire appliquée dans plusieurs CLSC ne sera pas tout à fait celle imaginée par le ministère : alors que celui-ci oscille entre une conception sociale (mais non politique) et une conception plus traditionnelle (et plus « sanitaire ») de la prévention, plusieurs CLSC mettent de l'avant

des pratiques d'action communautaire inspirées d'une conception résolument socio-politique de la prévention (section 8.1.3).

La confrontation entre l'évolution de la « définition officielle » du modèle des CLSC et son application nous conduira également à un autre constat important : celui d'un décalage temporel significatif entre le moment où la remise en question du modèle des CLSC est amorcée par le MAS et le moment où la redéfinition qui s'ensuit sera ressentie sur le terrain. Alors que le ministère entreprend dès 1974 des efforts importants de redéfinition du modèle initial et que cette « normalisation » est pour l'essentiel achevée dès 1977, les effets de ce virage ne seront perçus par la plupart des personnes ayant participé aux entretiens que durant les années 1980. Ce constat, inattendu au moment d'entreprendre cette recherche, est d'autant plus intéressant qu'il est absent de la littérature recensée. En effet, celle-ci se concentre en général exclusivement sur l'évolution « officielle » du modèle (à l'exception notable de Jetté (2008) qui, néanmoins, ne remarque pas non plus ce décalage). Cette découverte nous amène donc à enrichir la problématique dégagée en introduction à partir de cette même littérature. Se pose désormais les questions suivantes (que nous n'aborderons de front qu'au prochain chapitre) : qu'est-ce qui explique ce décalage ? est-ce que l'analyse des rapports entre les classes capitaliste et laborieuse peut nous permettre de le comprendre ?

Un des objectifs de ce chapitre est par ailleurs de voir dans quelle mesure l'évolution du modèle initial le rapproche ou l'éloigne des points de vue de la classe capitaliste et de la classe des travailleuses et des travailleurs. Dans cette perspective, l'analyse s'articulera principalement autour de trois grands axes, qui correspondent aux trois limites du point de vue de la CESBES par rapport au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, limites que nous avons identifié en conclusion du chapitre 5. Rappelons en effet que si le rapport de la CESBES correspond dans une large mesure à ce point de vue, il ne va pas aussi loin que les positions et revendications

syndicales et populaires, en particulier sur trois plans : il est marqué par 1) une tendance à la « résidualisation » des CLS(C) (même si les CLSC sont clairement conçus à l'origine comme un programme « universel ») ; 2) des limites en ce qui concerne l'ouverture à la participation populaire ; et 3) des limites au niveau de l'action sur les causes sociales de la maladie (malgré une conception globale et sociale de la santé et de la prévention). L'intérêt de centrer l'analyse sur ces trois enjeux est qu'ils renvoient à la problématique plus générale présentée en introduction et qui concerne les limites qui pèsent sur l'État démocratique dans la société capitaliste, et notamment sur sa capacité à mettre en œuvre des réformes sociales qui vont dans le sens des revendications et des intérêts des travailleuses et des travailleurs.

Les trois grands axes autours desquels s'articulera la présentation de l'évolution du modèle initial des CLSC sont donc les suivants : 1) les CLSC comme programme universel vs la tendance à « résidualiser » les CLSC ; 2) la participation populaire et l'autonomie des CLSC (et donc un pouvoir réel pour les conseils d'administration élus) vs la tendance à la bureaucratisation des CLSC ; et 3) la conception de la prévention (socio-politique, sociale ou plus « sanitaire ») et la place (importante ou marginale) de l'action communautaire[521]. On constate que ces trois axes sont formulés sous forme d'oppositions et que dans les trois cas, l'un des « pôles » correspond clairement au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs (programme universel, participation populaire, conception socio-politique – ou au moins sociale – de la prévention, qui implique une place importante pour l'action communautaire).

En ce qui concerne l'autre terme de ces oppositions, on remarque également que la tendance à « résidualiser » les CLSC ainsi que la tendance vers une conception plus « sanitaire » ou plus étroite et traditionnelle de la prévention correspond au point de

[521] Cet intérêt pour l'action communautaire provient du fait que c'est principalement par ce biais que les CLSC seront amenés à agir, dans une perspective globale, sociale et préventive, sur les causes sociales de la maladie. Et comme le fait remarquer un organisateur communautaire : l'action communautaire « c'est important pour comprendre le modèle », mais « c'est un des morceaux les plus importants pour comprendre le démantèlement aussi. » (Entretien 4)

vue de la classe capitaliste. Rappelons en effet que la classe capitaliste défend généralement une conception résiduelle et supplétive du rôle de l'État, y compris dans le domaine des politiques sociales et sanitaires (voir *supra*, chapitres 1 à 4). Rappelons également que si, historiquement, une « fraction éclairée » de la bourgeoisie a été à l'origine de plusieurs initiatives en matière de santé publique, la classe capitaliste dans son ensemble a aussi généralement fortement résisté aux tentatives d'agir sur les causes sociales de la maladie (y compris bien sûr en ce qui concerne la santé et sécurité au travail) – notamment parce que de telles actions étaient la plupart du temps susceptibles de nuire à ses intérêts économiques à court ou moyen terme (voir *supra*, chapitre 2). Rappelons enfin que les prises de position du milieu des affaires québécois au moment des débats entourant les travaux de la CESBES témoignent d'un intérêt modéré pour la prévention et d'une conception plutôt étroite, sanitaire et même individualiste de la prévention (voir *supra*, chapitre 4). S'il est moins évident que la tendance à la bureaucratisation correspond au point de vue du milieu des affaires, ses réserves quant à la participation populaire (et quant au partage du pouvoir qu'elle détient traditionnellement au sein des établissements socio-sanitaires) sont plus claires (voir *supra*, chapitre 6 et *infra*, chapitre 9).

À partir de ces trois axes d'analyse, nous verrons dans la première section (8.1) que durant les premières années d'implantation, le modèle des CLSC se colle de très près, sur les trois plans, au point de vue des travailleuses et des travailleurs. Ceci est bien sûr cohérent avec le fait que, grâce au rapport de force exceptionnellement favorable à cette classe au tournant des années 1970, le modèle des CLS proposé en 1970 par la CESBES et formalisé en 1971 sous la forme des CLSC par la LSSSS était lui-même dès le départ très proche de ce même point de vue (avec toutefois les limites que l'on connaît). La confrontation entre le modèle « officiel » et le modèle « réel » nous révèle cependant une autre chose intéressante à ce sujet : la mise en œuvre du modèle sur le terrain s'est dans plusieurs CLSC faite de manière à rapprocher encore davantage ce modèle du point de vue des travailleuses et des travailleurs. Autrement dit, les écarts observés

entre le modèle « officiel » et le modèle « réel » durant cette première période – et qui concernent essentiellement la participation citoyenne et la conception de la prévention et de l'action communautaire – vont pour la plupart dans le sens d'une plus grande proximité entre le modèle initial des CLSC et les positions et revendications historiques des mouvements syndical et populaire en matière socio-sanitaire.

Inversement, comme nous le verrons dans la seconde section (8.2), la redéfinition du modèle initial amorcée en 1974 aura pour conséquence de l'éloigner du point de vue des travailleuses et des travailleurs et de le rapprocher de celui de la classe capitaliste. S'amorcent en effet à partir de cette date des tendances fortes à la « résidualisation », à la bureaucratisation et à la dépolitisation des CLSC[522] qui auront notamment pour effet un déclin marqué de la participation populaire, un retour à une conception plus étroite – et plus proche du point de vue de la classe capitaliste – de la prévention et une marginalisation de l'action communautaire (et donc des initiatives visant à agir, dans une perspective socio-politique – c'est-à-dire contestataire et revendicatrice –, sur les causes sociales de la maladie).

8.1 Les premières années d'implantation : le modèle initial en action (1971-1974)

Dès juillet 1971, alors que le projet de loi 65 vient à peine d'être déposé à l'Assemblée nationale et son étude entamée en commission parlementaire, le ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, annonce l'implantation prochaine de 25 CLSC dans différentes régions du Québec, tant en milieu urbain que rural (*Le Devoir*, 1971, 20 juillet). Durant cette première phase d'implantation et jusqu'au moratoire qui sera décrété en 1974 (voir *infra*, section 8.2), le développement du réseau des CLSC est

[522] Cette trois termes de « résidualisation », de bureaucratisation et de dépolitisation des CLSC seront précisés plus loin (voir *infra*, l'introduction des sous-sections 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, respectivement).

officiellement considéré comme une priorité par le ministère des Affaires sociales (MAS, 1972a, p. 26). Entre 1971 et le mois de mai 1974, pas moins de 69 projets de CLSC sont annoncés (Québec, 1974, 14 mai). Et alors qu'on attribue des budgets au développement de ces nouveaux établissements, on avertit par ailleurs les centres hospitaliers qu'ils devront « se serrer la ceinture » (Chalvin, 1971, 6 novembre). Autrement dit, le ministère semble résolu – conformément aux recommandations de la CESBES – à renverser les tendances hospitalo-centriques du système et à opérer un virage vers un réseau socio-sanitaire centré sur la première ligne.

En effet, le ministère adopte en 1970 les normes suggérées par la CESBES quant au nombre de lits d'hôpitaux par habitant, décision qui « entraîne l'arrêt ou l'annulation de projets de construction pour un coût total d'au-delà de 200 millions au cours de l'été 1970. » (Brunet, 1973, p. 48) Dans une allocution présentée à la fin de 1972 devant l'*American College of Hospital Administrators*, le sous-ministre des Affaires sociales précise également que « [l]es projets approuvés par le ministère ne prévoient aucune augmentation globale du nombre de lits disponibles pour l'hospitalisation des malades. » (Brunet, 1973, p. 48-49). Un acteur de l'époque ayant participé à l'implantation de deux CLSC dans les années 1970 et ayant œuvré à titre d'animateur social, de directeur général de CLSC et de fonctionnaire dans un conseil régional de la santé et des services sociaux signale d'ailleurs que pour un des CLSC implanté au début des années 1970, une demande d'agrandissement de l'hôpital de la ville avait été refusée par le ministère, qui a plutôt recommandé à l'hôpital de se transformer en CLSC pour obtenir de nouveaux budgets :

> L'hôpital [de la ville] voulait agrandir ses installations, et puis le [MAS] leur répond : 'On ne développe plus les hôpitaux, ou on ne construit plus de nouveaux hôpitaux, ou on n'élargit plus les hôpitaux existants. Là, le modèle c'est le modèle CLSC et on vous invite à vous transformer en CLSC. [...] Ajoutez le volet social, ajoutez le volet communautaire, et on va vous donner un budget de CLSC et ça va être ça l'orientation maintenant.' (Entretien 14)

Néanmoins, malgré cette volonté clairement affichée par le MAS et son ministre de prioriser l'implantation des CLSC, le développement de ce réseau d'établissement publics de première ligne se fera très prudemment. En effet, il est clair dès 1971 que conformément aux recommandations de la CESBES, le ministère souhaite, « [a]vant d'accélérer le rythme d'implantation des CLSC, [...] évaluer soigneusement les premières réalisations et 'en arriver à des expériences concluantes' », tout en donnant la priorité pour les premières implantations « aux milieux les plus défavorisés et aux régions les moins bien pourvues en ressources. » (*Le Devoir*, 1971, 20 juillet) Alors qu'en 1971 on prévoyait la création de 25 CLSC dès les deux années suivantes (*Le Devoir*, 1971, 8 octobre), et malgré les 69 projets de CLSC annoncés, seuls onze établissements sont pleinement fonctionnels en mai 1974 (Québec, 1974, 14 mai).

Notons par ailleurs que durant cette période, le MAS ne publie qu'un seul document d'orientation visant à définir les CLSC (MAS, 1972b), alors qu'il s'agit du projet phare du ministère, en plus d'être un type entièrement nouveau – voire même inédit – d'établissement. Il semble assez clair que ce peu d'encadrement, s'il trahit une certaine inexpérience (et peut-être une certaine improvisation) de la part du ministère à l'égard des CLSC, traduit surtout une volonté réelle de favoriser la participation populaire en laissant la plus grande autonomie possible aux citoyennes et citoyens actifs au sein des CLSC (nous y reviendrons, voir *infra*, section 8.1.2). Ces premières années d'implantation seront d'ailleurs vécue par les personnes impliquées dans le processus comme une période de très grande liberté et d'expérimentations foisonnantes. Dans ce contexte, et peut-être encore plus que ce qui avait été prévu au départ par la CESBES et par les réformatrices et réformateurs du MAS, *c'est largement sur le terrain que sera défini le modèle initial « réel » des CLSC*.

Au niveau des trois axes d'analyse retenus pour ce chapitre, nous verrons que ce modèle initial est caractérisé, malgré la diversité des expériences, par : 1) le fait que, même si le ministère reconnait la place des cliniques médicales privées et malgré sa

prudence dans le rythme d'implantation des CLSC (qui l'amène à prioriser les quartiers défavorisés), il considère ces établissements comme un programme à portée universelle destiné à devenir la principale porte d'entrée du réseau socio-sanitaire (section 8.1.1) ; 2) une très forte participation populaire au sein des CLSC, favorisée par un encadrement ministériel ou bureaucratique presque absent et, conséquemment, par une grande autonomie locale dans la détermination des priorités et des programmes à développer (section 8.1.2) ; et 3) une place importante – voire prépondérante dans certains CLSC – à l'action communautaire et à une conception socio-politique de la prévention, et donc à l'organisation, à partir des CLSC, d'actions collectives (et souvent contestataires) sur les causes sociales de la maladie (section 8.1.3).

8.1.1 Les CLSC comme programme universel : la porte d'entrée principale du réseau socio-sanitaire

Dans le premier document d'orientation ministériel visant à définir le modèle des CLSC (publié en juin 1972), le MAS prend acte de la reconnaissance formelle, dans la LSSSS de 1971, de la place des cliniques médicales privées au sein du réseau de la santé et des services sociaux (voir *supra*, chapitre 6). Les CLSC y sont donc situés par rapport à ces cliniques privées, mais ils sont par ailleurs clairement conçus par le ministère comme destinés à jouer un rôle central dans le nouveau réseau socio-sanitaire public :

> Le centre local de services communautaires se situe [...] à mi-chemin entre, d'une part, les cabinets privés de professionnels et, d'autre part, les centre hospitaliers, les centres de services sociaux ou les centres d'accueil. *Il devient de la sorte la principale porte d'entrée du réseau public des affaires sociales.* (MAS, 1972b, p. 3-4)

Si cette formulation – les CLSC comme principale porte d'entrée du réseau *public* des affaires sociales – n'exclut pas le développement parallèle d'un réseau de première

ligne constitué de cliniques médicales *privées*, le ministère s'attend néanmoins (du moins à cette époque) à ce que les CLSC prennent éventuellement une place prépondérante. Il envisage en effet « une intégration progressive des médecins à l'organisation publique des services de santé » (Lesemann, 1979, p. 11) Conformément aux recommandations de la CESBES, le ministère mise cependant sur une intégration *volontaire* des médecins dans le réseau public, et la rémunération des médecins qui choisissent de pratiquer dans leurs propres cliniques privées à partir des fonds publics (par le biais de la RAMQ) n'est pas remise en question. Le document de juin 1972 affirme toutefois que « [r]ègle générale, les centre locaux de services communautaires constitueront le premier point de contact des individus avec les services de santé et les services sociaux. » (MASb, 1972, p. 1) et que les CLSC répondront « à la majorité des besoins courants de la population. » (MAS, 1972b, p. 3) De même, un document publié le mois suivant précise que les CLSC « constituent la première ligne de service » et qu'ils « répondront éventuellement à 80% de la demande de services » (MAS, 1972a, p. 33)[523].

Cette volonté claire de faire des CLSC la principale porte d'entrée du réseau se traduit également dans le type de programmation conçue à cette époque par le MAS pour ces établissements. Si le ministère prévoit dès 1972 un « fonctionnement par programmes » (MAS, 1972b, p. 4), il n'est pas question ici d'une programmation articulée avant tout autour de programmes spécifiques destinés à des populations ciblées. Bien qu'une place significative soit faite à ce que le ministère appelle alors les « programmes complémentaires » (MAS, 1972b, p. 4 ; 8-10), le noyau de la programmation prévue par le MAS se trouve dans le « programme général », qui comprend l'accueil, les soins courants (services de santé et services sociaux) et l'action communautaire (MAS, 1972b, p. 4-8 ; nous y reviendrons). Au cœur du mandat prévu pour les CLSC se

[523] Ce document, publié pour la première fois ne juillet 1972, ne porte pas spécifiquement sur les CLSC mais vise à ébaucher une politique plus générale en matière de santé communautaire. Tout comme le document de juin 1972 (MAS, 1972b), il fera l'objet d'une réédition en octobre 1973.

trouvent donc les services généraux destinés à desservir l'ensemble de la population, et les CLSC apparaissent clairement, du moins dans la vision du ministère, comme un programme de type universel.

Néanmoins, dès décembre 1971, soit au lendemain de l'adoption de la LSSSS, près d'une soixantaine de médecins spécialistes et omnipraticiens de la ville de Québec annoncent leur intention de créer un réseau de polycliniques privées (Chalvin, 1971, 23 décembre). Cette première initiative prendra rapidement une ampleur provinciale puisque la FMOQ, farouchement opposée au développement d'un réseau d'établissements publics de première ligne, amorcera à l'automne 1973 une véritable campagne contre les CLSC, dont la manifestation la plus tangible sera le projet « Objectif 73 », qui visait à terme l'organisation, à l'échelle du Québec, d'un réseau complet de polycliniques privées (Lesemann, 1979, p. 11)[524]. Dans deux numéros récents du *Médecin du Québec* (FMOQ, 2013, mai ; 2014, avril), la FMOQ revient sur cet épisode, assumant ouvertement la stratégie déployée à l'époque :

> Une autre bataille attend également la FMOQ. Le gouvernement entreprend de mettre sur pied des centres communautaires qu'il destine à être la porte d'entrée du système de santé : les CLSC. Ces établissements engagent des médecins à qui ils versent un salaire. La FMOQ voit d'un mauvais œil cette initiative. 'Le problème n'était pas tant la rémunération elle-même que la subordination des médecins aux fonctionnaires de l'État. Un salarié dépend de son patron', explique le Dr Georges Boileau [...]. Pour éviter que le système de santé ne devienne qu'un grand réseau communautaire, la Fédération lance l'Objectif 73. Le but de l'opération : augmenter le nombre de cliniques et offrir plus de services à la population. [...] La FMOQ encourageait ainsi les médecins, dont beaucoup travaillaient seuls, à se regrouper. Rapidement, les cliniques se multiplient et s'organisent. (FMOQ, 2013, mai, p. 13)

On le constate, les médecins omnipraticiennes et les médecins omnipraticiens, qui s'étaient pourtant ralliés au programme d'assurance-maladie publique et universelle,

---

[524] Notons que ces polycliniques privées sont toutefois financées publiquement puisque les médecins qui s'y regroupent sont rémunérés par la RAMQ.

refusent de perdre leur statut de travailleur autonome (ou de petit entrepreneur) payé à l'acte pour devenir des fonctionnaires de l'État ou, autrement dit, des employés salariés. Plus qu'une baisse du niveau de rémunération, les médecins craignent avant tout de perdre leur liberté et leur autonomie professionnelles :

> La Fédération avait mis sur pied le projet 'Objectif 73'. Son but : empêcher que tous les omnipraticiens travaillent dans les CLSC. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui venait de créer ces établissements de soins, voulait en faire la porte d'entrée du nouveau système de santé du Québec. Il désirait en outre transformer les médecins en salariés. Les enjeux étaient importants. 'Un salarié dépend de son patron, explique le Dr Georges Boileau, ex-directeur général adjoint à la FMOQ et ancien directeur des Communications. Le médecin est un professionnel autonome. Il n'a de compte à rendre qu'à son patient. On se dirigeait vers la domination du médecin et la prise de contrôle de la médecine par les hauts fonctionnaires.' La Fédération a contre-attaqué. Il fallait éviter que le système de santé devienne un grand réseau communautaire. La solution résidait dans le regroupement des médecins de famille et la création de cliniques. (FMOQ, 2014, avril, p. 16)

Si les médecins craignent l'emprise de l'État sur leur pratique professionnelle, les déclarations faites à l'époque par Gérard Hamel, qui est alors le président de la FMOQ, montrent que la liberté professionnelle est aussi conçue par les médecins comme un pouvoir qui doit être préservé *contre un éventuel pouvoir des usagers et des usagères* (et donc de leurs propres patientes et patients). Or, ceux-ci et celles-ci acquièrent dans les CLSC une place significative sur les conseils d'administration, alors que les médecins, avec un seul siège assuré, y sont très minoritaires :

> Le malade à qui l'on prêche de déterminer lui-même ses besoins, exige du médecin, au cours de la consultation, soit une radiographie, soit un électrocardiogramme, soit telle autre épreuve diagnostique ou même quelquefois telle thérapeutique particulière. On se demande si c'est réellement la forme idéale de participation de la part des individus ou des groupes populaires. Quelle est la démarcation entre les aspirations légitimes des citoyens et les pouvoirs que les médecins doivent conserver, pouvoirs qui ont été bien expliqués par Me Crépeau quand il parle de liberté professionnelle ? [...] À partir du moment où la liberté

> professionnelle du médecin sera conservée, [...] je ne vois pas de problème majeur [à la participation des citoyens]. (FMOQ, 1974, juin, p. 65)[525]

Autrement dit, les médecins souhaitent préserver non seulement leur autonomie professionnelle, mais également leur position d'autorité face à leurs patientes et patients ainsi que face aux autres travailleuses et travailleurs du réseau sanitaire. Comme l'exprime clairement la FMOQ à l'époque : « Nous continuerons à conseiller aux médecins d'éviter les aventures rocambolesques d'employés d'établissements. Il faut conserver la liberté thérapeutique du médecin ainsi que l'autorité qui correspond à ses responsabilités. » (cité dans Lesemann, 1979, p. 11) Outre les démarches en vue du développement d'un réseau de polycliniques, la FMOQ multiplie en effet les pressions sur les médecins afin de les inciter à boycotter le réseau des CLSC. Deux médecins ayant pratiqué toute leur carrière en CLSC en témoignent clairement (Entretiens 3 et 15). L'un deux affirme ainsi :

> Au début les médecins de CLSC ont été rejetés par l'ensemble des médecins. C'était clair. C'était dans les journaux. C'était en guerre ! Les médecins qui allaient dans les CLSC c'étaient des traîtres parce qu'ils acceptaient de travailler à salaire. Il y avait deux choses. Il y avait le fait de travailler à salaire, qui était une espèce d'interdit, et le fait de travailler, d'embarquer dans un établissement du gouvernement. Donc le *statut* du médecin. [...] Du moment qu'on était dans l'établissement, est-ce qu'on avait un lien, est-ce qu'on était autonome, est-ce qu'on avait un lien *hiérarchique* avec d'autres personnes dans l'établissement ? [...] Donc les deux facettes étaient rejetées absolument par la communauté médicale. Ça c'était le début, je dirais pour les 4, 5 premières années. (Entretien 15)

En plus des pressions sur ses propres membres, la FMOQ fera également pression sur le MAS afin que le modèle des CLSC soit abandonné ou, à tout le moins,

---

[525]Dans le même numéro, un éditorial du Dr Léonard Langlois vont dans le même sens : un « reproche que l'on peut faire aux stratégies du ministère des Affaires sociales est d'avoir opté, dès le début de la réforme, pour le contrôle par les 'citoyens' au lieu de la participation. Il ne fait aucun doute qu'à longue échéance, les usagers doivent exercer un contrôle beaucoup plus important sur un système de soins qui n'a d'objectifs que leur bien-être. [...] Mais entre l'absence des usagers et le contrôle par les usagers, il aurait peut-être fallu prévoir des étapes » (FMOQ, 1974, juin, p. 7).

considérablement modifié. Notamment, des pressions seront faites pour qu'un conseil des médecins et dentistes soit instauré dans tous les CLSC où pratiquent des médecins et pour que les médecins ne soient pas considérés comme des travailleuses et des travailleurs salariés au sein des CLSC : « Pour maintenir le statut des médecins de CLSC, la FMOQ impose le terme 'honoraires fixes' plutôt que 'salaire' pour qualifier leur rémunération. 'C'était pour bien montrer que le médecin était un professionnel autonome.' » (FMOQ, 2013, mai)

Au niveau de ses impacts sur la conception du modèle des CLSC par le ministère, la stratégie de la FMOQ ne fera toutefois pleinement sentir ses effets qu'à partir de 1974 (nous y reviendrons : voir *infra*, sections 8.2.1 et 8.2.2). Mentionnons tout de même ici que déjà pour la période 1972-1974, le projet de développer un réseau de polycliniques privées aura notamment pour conséquence de jeter un doute sur le caractère universel du réseau de CLSC, alors même que celui-ci en est à ses premiers balbutiements. En effet, comme le demande une journaliste aux initiateurs du premier projet de polyclinique annoncé en décembre 1971 :

> Dans l'esprit du public, n'y a-t-il pas risque que les CLSC soient rapidement associés à des cliniques populaires recevant, en plus des malades, des assistés sociaux, alors que les polycliniques apparaîtront comme des temples médicaux super-spécialisés à l'intention d'une clientèle plus privilégiée ? (Chalvin, 1971, 23 décembre)

Et de fait, au moment de leur implantation, les CLSC ont parfois été perçus, du moins dans certains milieux, comme des établissements qui, par contraste avec les cliniques médicales privées, étaient destinés avant tout aux populations défavorisées, et donc comme un programme de type résiduel plutôt qu'universel. Un médecin ayant participé à l'implantation de deux CLSC durant les années 1970 et ayant pratiqué toute sa carrière dans un de ces établissements témoigne de cela :

> Au début, le CLSC était vu davantage comme un lieu pour les personnes sur l'aide sociale. Il n'était pas vu encore comme un lieu où n'importe qui pourrait

> se présenter. [...] Le monde pensait : 'Le bureau médical [privé] est pour la population... 'normale' si tu veux, et le CLSC est pour le monde sur l'aide sociale.' (Entretien 3)

Cette perception – qui n'est toutefois pas répandue partout – est fort probablement alimentée par la démarche prudente du MAS, qui ne développe que progressivement le réseau des CLSC et qui en priorise l'implantation dans les quartiers défavorisés (et dans les zones – souvent rurales – dépourvues de services). À cet égard, le document de juin 1972 se situe en droite ligne avec les recommandations de la CESBES qui, rappelons-le, motivait cette approche progressive et ciblée (et, pourrait-on dire, quasi-résiduelle) par la nécessité de tenir compte des contraintes financières dans le développement du réseau :

> Des indicateurs sociaux et des études sur l'état de santé de la population permettent d'identifier les endroits les plus défavorisés et les carences les plus aiguës en matière de soins. Ces endroits seront privilégiés dans l'implantation des centres locaux de services communautaires, compte tenu des contraintes financières et de la disponibilité des ressources humaines et physiques dans le milieu. (MAS, 1972, p. 19)

De plus, malgré son engagement affiché en faveur d'un réseau de CLSC conçu comme la porte d'entrée principale du système socio-sanitaire, rien ne sera fait par le ministère pour décourager le projet de développer un réseau de polycliniques privées, au contraire : dans une allocution présentée en avril 1973 devant la Montreal Medico-chirurgical Society, le ministre Castonguay affirme reconnaître « que l'éventuel établissement parallèle de policliniques [sic] médicales constituerait en soi un apport valable et souhaitable au réseau des services de santé » (Castonguay, 1973, 2 avril, p. 6). Il précise cependant que si un tel réseau émerge, il devra s'intégrer au réseau socio-sanitaire en adhérant à ses objectifs :

> il est essentiel que les médecins acceptent et même épousent les objectifs poursuivis et fournissent leur entière collaboration. [...] il m'apparaît nécessaire [...] d'insister sur la nécessité qu'une telle opération [le développement d'un réseau de polycliniques] ne se fasse pas par simple réaction contre le changement

> mais plutôt dans un esprit positif par rapport à l'ensemble du régime de la santé auquel elle doit s'intégrer de façon harmonieuse. (Castonguay, 1973, 2 avril, p. 6)

En entretien, Castonguay est très clair sur le fait qu'il ne voyait pas les CLSC comme l'*unique* porte d'entrée éventuelle du réseau socio-sanitaire et qu'il considérait comme inévitable qu'une certaine place soit accordée aux cliniques médicales privées. Cependant, il voyait ces dernières comme *complémentaires* au réseau des CLSC qui, espérait-il, deviendrait effectivement la porte d'entrée *principale* du réseau : « Moi je voyais un réseau bien organisé de CLSC et au besoin des cliniques médicales qui viennent compléter pour certains besoins ou encore à des endroits où le CLSC n'était pas suffisamment organisé. » (Entretien 9) Nous verrons plus loin (voir *infra*, section 8.2.1) que ceci fait particulièrement contraste avec la position qui sera adopté au MAS par la suite.

8.1.2 Forte participation populaire, grande autonomie et peu d'encadrement ministériel/bureaucratique

Durant les premières années d'implantation des CLSC, il semble y avoir une volonté réelle du MAS de favoriser la participation de la population au sein de ces nouveaux établissements. Le document ministériel de juin 1972, en plus de mentionner le rôle de l'action communautaire à cet égard (MAS, 1972, p. 8), précise également le rôle central des comités provisoires – formés de citoyennes et de citoyens – dans le processus d'implantation des CLSC (MAS, 1972, p. 18-19). La formation de ce comité constitue en effet « [l]a première étape en vue de l'implantation d'un centre local de services communautaires », et c'est lui qui est responsable de

> a) démontrer que le centre local de services communautaires proposé répond aux critères d'implantation décrits plus haut ; b) définir les objectifs du centre ainsi que les moyens d'évaluation ; c) accepter le principe fondamental suivant : que les services offerts soient complets, continus, personnels et de qualité ; d) utiliser

> les ressources humaines et physiques existantes dans la communauté. (MAS, 1972, p. 18)

De plus, la très grande latitude laissée par le ministère aux comités provisoires d'implantation et par la suite aux premiers conseils d'administration des CLSC témoigne également de cette volonté de favoriser la participation des citoyennes et des citoyens. Alors que, comme nous l'avons vu, la LSSSS adoptée en décembre 1971 consacre le principe de l'autonomie des établissements du réseau socio-sanitaire, l'autonomie des CLSC sera d'autant plus importante que le ministère interviendra peu, durant cette première phase, pour définir ce nouveau type d'établissement et pour leur imposer une programmation spécifique. Ainsi, bien que le MAS définisse assez clairement dans le document de juin 1972 un programme général commun à tous les CLSC, il souligne également que ce programme général peut être appliqué avec souplesse en fonction des besoins locaux :

> Trois types d'activités composent le programme général de tout centre local de services communautaires : l'*accueil*, les *soins* et l'*action communautaire*. Il convient toutefois de noter que le dosage de ces trois éléments peut varier selon les besoins du milieu ; il s'agit alors, et selon les priorités établies, de déplacer l'accent sur la prévention, le traitement, la réadaptation ou l'action communautaire. (MAS, 1972, p. 4)[526]

Quant aux programmes complémentaires, on précise qu'ils doivent eux aussi être « déterminés en fonction des besoins réels du milieu. » (MAS, 1972, p. 8) Cette orientation claire du ministère en faveur d'un encadrement très souple favorisant une participation citoyenne réelle est aussi confirmée par les propos des deux ministres ayant œuvré au MAS durant cette période. On a vu au chapitre précédent que Castonguay insiste sur le fait qu'à l'époque, le « concept de participation était dominant » et que dans cette optique,

---

[526] Souligné dans le texte.

> l'approche qu'on avait prise c'était de dire : on va laisser le plus de latitude possible aux CLSC de se développer selon les besoins de la population et on va essayer d'impliquer la population pour que, en interaction avec les gens dans les CLSC, on détermine la gamme de services qui devait être offert. (Entretien 9)

Le ministre Claude Forget, qui succède à Castonguay suite à l'élection de novembre 1973, décrit en 1974 dans des termes semblables les intentions du ministère au cours de la première phase d'implantation et justifie ainsi ce qui est conçus par certains comme un manque d'encadrement ou comme de l'improvisation de la part du MAS[527]. Si le nouveau ministre admet, considérant le caractère innovant des CLSC, une certaine inexpérience de la part du ministère[528], il insiste néanmoins sur le fait que la grande liberté laissée aux actrices et acteurs locaux était délibérée et visait à permettre une participation réelle de la population :

> Il faut bien réaliser ce qu'est cette expérience et ce que la mise en place des CLSC exige du ministère. Une des choses qui ont été évitées, c'est d'avoir tout décidé avant, d'avoir pris toutes les décisions à l'intérieur du ministère pour dire comment ça marchait partout, puisque c'était comme ça que cela fonctionnerait. Comme on a voulu assurer une participation, on n'a pas pris toutes ces décisions. (Québec, 1974, 14 mai)

La très faible bureaucratisation de l'encadrement des CLSC à l'époque est également confirmée par le fait que seuls une douzaine de chargés de projet était en mai 1974

---

[527] Nous reviendrons plus loin sur ces critiques et sur les circonstances dans lesquelles elles sont formulées (voir *infra*, section 8.2).

[528] « On a fait état tantôt de difficultés, évidemment, dans la mise en route de certains projets, de l'inexpérience relative de tous et chacun d'entre nous, et pas seulement des fonctionnaires juniors, principalement affectés au démarrage de ces projets ; à tous les niveaux, à tous les paliers gouvernementaux, c'est une expérience nouvelle. » (Québec, 1974, 14 mai) Cette inexpérience du ministère est également illustrée par ce témoignage d'un organisateur communautaire ayant participé à l'implantation d'un CLSC durant les années 1970 : « On n'avait pas d'expertise, même au ministère ! Moi je suis arrivé le 4 juin, et rendu au mois de septembre on achevait notre étude des besoins et le ministère est débarqué avec cinq, six, sept étudiants, tous des jeunes qui sortaient des universités [...]. Ils venaient voir ce qu'on avait fait pour avoir un peu d'expérience ! Nous autre on est arrivé au mois de juin, on a commencé à faire le portrait de la population, un schéma de consultation. Et là ils venaient voir ça ! Moi j'ai dit : 'Écoutez on a juste fait ce petit bout là...' [On lui répond :] 'Oui mais nous autres au ministère on a rien ! On est assis à nos bureaux et on ne sait pas quoi faire !' Ils ne savent pas comment réagir dans le ministère parce qu'il n'y avait pas beaucoup de CLSC à cette époque-là. » (Entretien 17)

responsable du programme des CLSC au ministère alors que, rappelons-le, il y avait à ce moment 69 projets annoncés par le MAS. Comme le souligne lui-même le ministre Forget : « Douze, ce n'est quand même pas beaucoup pour ce nombre de projets. » (Québec, 1974, 14 mai) De plus, Claude Forget minimise le rôle du ministère en précisant que ces chargés de projets ont davantage pour tâche de servir d'intermédiaire entre le MAS et les comités provisoires que d'encadrer ces derniers :

> le ministère, en fait, ne fait que désigner un chargé de projet qui est fort utile lors de la période d'information. Il est utile non pas pour influencer la population, non pas pour prendre des décisions à la place de la population, mais plutôt pour permettre quand même aux gens de communiquer plus facilement avec notre grosse boîte administrative qui est quand même assez complexe. Alors, le chargé de projet aide beaucoup les gens à entrer en contact, à se mettre en rapport avec les divers services de notre ministère. (Québec, 1974, 14 mai)

Le ministre prend également soin de souligner que les « animateurs-analystes » embauchés par les comités provisoires pour aider à l'implantation des CLSC ne sont pas imposés par le ministère, ni par les chargés de projet du MAS :

> dans tous les cas l'animateur analyste n'est pas imposé par le ministère, n'est pas désigné par le ministère. L'animateur analyste, c'est le groupe promoteur, le groupe qui s'intéresse et qui prend l'affaire en main qui le recrute. À ce moment-là, le chargé de projet n'est pas en cause, ce n'est pas lui qui impose un animateur analyste dans le milieu, c'est le milieu qui choisit son propre animateur analyste. (Québec, 1974, 14 mai)

Plus encore, Forget mentionne que dans les négociations entre le ministère et les comités d'implantation en ce qui concerne les demandes de budgets, les chargés de projet se positionnent généralement du côté de ces derniers :

> le programme est présenté à notre direction du financement. [...] Évidemment, là il se fait de la négociation entre le groupe promoteur, le chargé de projet qui, généralement, appuie le groupe promoteur puis la direction du financement qui a quand même des budgets puis des limites à ces budgets. (Québec, 1974, 14 mai)

La souplesse du ministère durant cette période peut aussi être constatée dans le fait que dans plusieurs CLSC, la structure administrative mise en place n'est pas conforme à celle prévue par la LSSSS. Dans une étude de terrain menée dans six CLSC durant les années 1970, Godbout confirme une tendance forte à cet égard :

> Dans tous les CLSC étudiés, la structure politique[529] est différente de celle qui est prévue dans la loi [...]. Certes, tous les CLSC ont un conseil d'administration formé en partie par des usagers élus ou nommés par le CRSSS lorsque l'assemblé générale chargée de les élire n'a pas obtenu le quorum (deux CLSC sur six). Mais même la composition du conseil d'administration n'est pas, le plus souvent, conforme à la loi [ce qui ne signifie pas qu'elle est illégale]. (Godbout, 1979, p. 138)

Il semble que les actrices et acteurs locaux souhaitent ainsi favoriser une plus grande participation des citoyennes et des citoyens en même temps qu'un rôle moins important pour les médecins et les autres professionnelles et professionnels :

> plusieurs CLSC n'ont pas de représentants des autres institutions du réseau à leur conseil d'administration, et on ne retrouve que dans un CLSC des représentants du conseil des médecins ou du conseil consultatif du personnel clinique. La raison en est bien simple : les autres CLSC n'ont pas jugé bon de former ces conseils. Par contre, alors que la loi ne prévoit aucune instance consultative composée d'usagers, tous les CLSC ont ajouté, dans leur organigramme, des comités consultatifs composés d'usagers et de membres du personnel et rattachés, soit au conseil d'administration, soit aux éléments de la structure opérationnelle (équipes, modules, comités de programmation [...]), soit aux deux. (Godbout, 1979, p. 134-135)

Godbout parle d'ailleurs d'une « tendance générale » en ce sens : « dans leurs structures formelles de représentations, les CLSC (à une exception près) ont réduit le rôle et l'importance des instances composées de professionnels au profit de structures

---

[529] Dans la définition de l'auteur, la structure politique comprend « le conseil d'administration, l'assemblée générale des usagers, [...] le comité administratif, le conseil consultatif du personnel clinique et le conseil des médecins et dentistes. » (Godbout, 1979, p. 133)

mixtes permettant une plus grande représentation des usagers et des citoyens. » (Godbout, 1979, p. 135) Il mentionne un « cas extrême » dans lequel

> on retrouve même un comité composé de citoyens et de membres du personnel qui se situe au-dessus du conseil d'administration. C'est ce comité qui est théoriquement responsable des orientations du CLSC ; le conseil d'administration devient, en quelque sorte, son exécutif. Ce comité est formé de représentants des comités de programme, dont la composition est mixte puisqu'ils comprennent des citoyens actifs dans le secteur concerné et des membres du personnel. Ce comité court-circuite donc l'assemblée générale des usagers et ses membres élus au conseil d'administration. (Godbout, 1979, p. 135)[530]

Et alors que, dans au moins deux cas, le ministère est parfaitement conscient de ces écarts par rapport à la LSSSS, il adopte une attitude conciliante qui est aussi symptomatique de la souplesse du MAS durant cette période. Claude Forget affirme ainsi en mai 1974 :

> Il existe, je pense, deux CLSC qui fonctionnent actuellement et qui n'ont pas les conseils d'administration et les structures prévus dans la loi. [...] Malgré certaines difficultés que nous avons pu avoir à l'intérieur du gouvernement, nous avons pris le côté de la tolérance et des discussions. (Québec, 1974, 14 mai)[531]

Si aucune des personnes ayant participé aux entretiens menés dans le cadre de la présente thèse ne mentionne d'écart significatif par rapport aux structures administratives prévues par la LSSSS dans les CLSC où elles ont œuvré[532], plusieurs

---

[530] Ces tendances, et au moins un autre « cas extrême » d'écart par rapport à la LSSSS (celui du CLSC de Hochelaga-Maisonneuve), sont aussi confirmées dans une étude précédente réalisée par Godbout et Martin (1974).

[531] À termes, tous les CLSC se conformeront aux structures prévues par la loi, à l'exception de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles qui, suite à une mobilisation populaire importante, parviendra à conserver son autonomie (et donc ses structures administratives originales) tout en se voyant confier par le ministère un mandat de CLSC (ainsi que les budgets afférents). À ce sujet, voir Le Collectif CourtePointe (2006) ainsi que Plourde (2013).

[532] À l'exception d'un animateur-analyste de la première heure ayant également été directeur général de CLSC et fonctionnaire dans un conseil régional, qui mentionne les cas de deux CLSC (dont un où il n'a pas lui-même œuvré) : il parle d'un CLSC « qui un moment donné s'est mis à tripper sur la cogestion » et d'un autre où « le directeur général était perçu comme le secrétaire général de l'organisation ! Et quand en assemblée générale du personnel le personnel décidait telle affaire, le secrétaire général était

d'entre elles soulignent l'existence, sur le terrain, d'initiatives pour favoriser une participation accrue des citoyennes et des citoyens dans la détermination des priorités et des programmes du CLSC. Plusieurs font également état d'une participation importante de la population durant ces premières années d'existence des CLSC. Et si certains CLSC ont été initiés par l'élite locale traditionnelle[533], la plupart des actrices et des acteurs de l'époque parlent d'une forte participation provenant des milieux syndicaux et populaires.

Une personne ayant œuvré comme animateur-analyste, comme directeur général de CLSC ainsi que comme fonctionnaire dans un conseil régional résume cela ainsi : « Avant les élites classiques étaient là. Mais après il y a eu la réaction un peu inverse. [...] Il y a eu un changement de la garde ! Entre les élites classiques et les élites progressistes, on va l'appeler comme ça. » (Entretien 14) Il se rappelle qu'au moment d'implanter un CLSC en milieu urbain, il a fait en tant qu'animateur-analyste une tournée de toutes les municipalités environnantes sous forme « d'assemblées de cuisine » afin d'évaluer les besoins et d'informer la population. Ayant aussi participé à l'implantation du CLSC d'une ville voisine, il souligne à quel point les assemblées pouvaient être populaires :

> Quand on a voulu implanter ce qu'on appelait le programme de démarrage du CLSC, on a tenu des journées d'études avec des citoyens le samedi [...]. Je me rappelle il y avait je ne sais pas combien de personnes là-dedans. Mais c'était des gens qui venaient du réseau syndical, du réseau de l'éducation, du réseau communautaire. (Entretien 14)

Un organisateur communautaire d'une autre région insiste lui aussi sur le fait que « les personnes qui avaient demandé la charte du CLSC [...], c'était toutes des personnes qui étaient impliquées politiquement. [...] C'était des forces sociales progressistes les

---

exécutoire ! Ça fait que là, on est dans une dynamique complètement différente de la gestion classique ! » (Entretien 14)

[533] Quatre personnes ayant participé aux entretiens ont œuvré au sein de CLSC initiés par des membres du Parti libéral, des hommes d'affaires, des prêtres et/ou des médecins (Entretien 1, 12, 15 et 17).

gens qui ont demandé une charte et qui voulaient un CLSC. » (Entretien 2) Il raconte également que durant les premières années, les programmes du CLSC étaient véritablement initiés par le milieu. Dans ce CLSC, plusieurs consultations publiques ont dans un premier temps permis d'identifier les problèmes socio-sanitaires jugés les plus importants par la communauté. Sur cette base, des comités de programme ont été formés, composés des citoyennes et des citoyens concernés ou intéressés par ces enjeux. Pour chacune de ces problématiques, le comité de programme « orientait le programme et après, les employés, en dialogue avec [les gens du comité de programme], faisaient le programme. » (Entretien 2)

Cette volonté de faire participer la population à la définition des programmes durant le processus d'implantation est aussi rapportée par un autre organisateur communautaire :

> Toute la programmation du CLSC qui a été faite par l'équipe de départ et qui était dirigée par les organisateurs communautaires dont moi-même, on l'a faite à partir d'une consultation citoyenne. Il y a eu des réunions [...] un peu partout. Ça durait je pense une journée, avec des ateliers dépendant des thématiques qui intéressait le monde : la santé, l'organisation communautaire, les services sociaux. (Entretien 10)

Cet organisateur communautaire fait aussi état d'une très forte participation de la population à cette époque. Dans cette ville, le CLSC s'est implanté dans un milieu déjà actif, avec un réseau important de comités de citoyennes et de citoyens mobilisé par l'animation sociale « Quand les CLSC sont arrivés, il y avait tout ce mouvement social-là » (Entretien 10), et l'organisation du CLSC s'est faite à partir de ces réseaux. Un organisateur communautaire ayant œuvré dans la même région raconte que même après l'implantation du CLSC, initiée en bonne partie par des militantes et des militants syndicaux et d'une coop alimentaire, des assemblées étaient souvent organisées pour consulter la population :

> C'était la mode d'avoir des assemblées générales pour que les gens viennent donner leur point de vue. [...] Il y avait même des assemblées de cuisine, pour aller chercher le pouls. [...] on avait pris chacun des quartiers et on les avait

> divisés pour aller faire des assemblées [...] et on allait chercher le point de vue des gens, leurs revendications, comment ils voyaient le développement de la communauté. On allait chercher des idées là. (Entretien 4)

Il précise également « qu'il y avait plus de gens progressistes sur les CA de CLSC. [...] Il y avait des présidents de syndicat d'usine qui venaient se faire élire. » (Entretien 4) Ayant aussi participé à l'implantation d'un CLSC dans une région rurale voisine, ce même organisateur communautaire témoigne du processus d'implantation, qui s'est fait en bonne partie à partir de plusieurs assemblées tenues dans les petits villages de la région. « Et là c'était la population qui voulait définir, qui définissait ça serait quoi la réponse à leurs besoins. [...] Il y avait quelque chose qui émanait vraiment de la citoyenneté. » (Entretien 4) Un processus semblable se dégage des propos d'un médecin ayant lui aussi participé à l'implantation d'un CLSC en milieu rural :

> Le CLSC couvrait quatorze petites paroisses. Donc c'est évident que tout l'intérêt d'avoir un établissement comme ça [...] c'était tout à fait bienvenu, tout à fait inédit. Et les paroisses revendiquaient d'avoir un certain mot à dire dans l'établissement du CLSC. Donc les réunions attiraient des gens qui représentaient chacune des quatorze paroisses. Par définition dès qu'il y avait une décision, dès qu'il y avait un débat important, des gens arrivaient de ces paroisses-là. (Entretien 15)

La participation était donc très forte, au point d'ailleurs d'impressionner des observatrices et des observateurs étrangers venus au Québec étudier le modèle des CLSC :

> On avait une telle notoriété qu'il y a des médecins de France qui sont venus pour voir qu'est-ce qui se passait ici. Des médecins de France qui étaient intéressés à développer une médecine communautaire, une médecine participative avec la communauté, une médecine participative avec un échange entre les différents professionnels, etc. Et ils n'avaient pas de modèles concrets. [...] Ils sont venus dans des assemblées de citoyens. [...] Ils n'en revenaient pas de la participation. (Entretien 15)

Ceci est aussi confirmé par un organisateur communautaire chargé de développer les points de services dans la région rurale environnante d'un CLSC urbain. Il témoigne de plusieurs rencontres de villages et, à ces occasions, d'assemblées populeuses. Il précise également que les séances du conseil d'administration étaient ouvertes à toutes et à tous : « Au moins dans ce temps-là on avait le droit, même en tant que population et le personnel aussi, d'intervenir dans le CA. » (Entretien 13) Dans un autre CLSC, c'est après plusieurs mois d'ouverture que le directeur général a pris l'initiative d'envoyer l'ensemble de ses employées et employés au moins une fois par mois dans les petites communautés environnantes afin de rejoindre les gens dans leur milieu et d'aller à la rencontre de leurs besoins. À ces occasions, le CLSC pouvait rejoindre jusqu'à 10% des gens de la communauté (Entretien 17).

Une organisatrice communautaire rapporte elle aussi avoir fait le « tour des villages » pour identifier les besoins lors de l'implantation d'un CLSC dans une région rurale (Entretien 18). Et comme un organisateur communautaire cité plus haut, elle précise que pour l'implantation du CLSC d'un quartier défavorisé en milieu urbain dans laquelle elle a également été impliquée, la participation populaire à la définition des besoins et des programmes s'est plutôt faite à partir des groupes populaires déjà existants dans ce quartier, desquels est d'ailleurs venue l'initiative du CLSC :

> C'était un milieu où il y avait beaucoup de groupes communautaires. C'était très dynamique. Alors on ne pouvait pas fonctionner, [...] s'installer ou s'intégrer dans le quartier avec un nouveau centre communautaire sans fonctionner avec ces groupes-là, et aller voir c'était quoi les besoins. Parce que déjà [les comités de citoyens] étaient actifs à cette époque-là. [...] On se collait sur [les projets des groupes communautaires qui étaient en démarrage, sur les besoins] identifiés par les groupes du quartier. On n'arrivait pas sur un territoire neutre où il n'y avait rien, il fallait travailler avec ces groupes-là. (Entretien 18)

Selon cette organisatrice communautaire, les groupes populaires – qui planifiaient la mise sur pied d'une clinique populaire au moment de la création des CLSC – ont dans ce quartier résolu de s'approprier le modèle : « Je pense que la volonté pour les gens

du quartier qui étaient dans les groupes c'était de *s'accaparer* ce projet-là et de dire : ça va être *notre* CLSC. [...] C'est un peu ça qui s'est passé » (Entretien 18), ce qui s'est traduit par le fait que dans les années suivantes ce sont des personnes issues des groupes populaires qui ont généralement siégé sur le conseil d'administration en tant qu'usagères et usagers. Selon elle, il y avait à cette époque une volonté du directeur général d'impliquer les groupes communautaires dans l'élaboration des programmes, et la direction et le personnel ont accepté que les groupes populaires aient à cet égard un pouvoir réel au sein du CLSC. Une infirmière ayant travaillé dans le même CLSC à la même époque affirme ainsi que le CLSC « a émané vraiment du quartier. » (Entretien 18)

La plupart des personnes ayant participé aux entretiens témoignent également du fait que cette participation populaire importante était favorisée par la très grande liberté des CLSC dans la détermination des priorités et des programmes et par le peu d'encadrement imposé à l'époque par le ministère. Comme le souligne un organisateur communautaire : « tout le monde se sentait sur une page blanche, à écrire. » (Entretien 7) Un médecin utilise des termes presque identiques pour décrire les premières années des CLSC : « c'était une page blanche et on pourrait écrire quelque chose. » (Entretien 15) Il déplore cependant que le ministère n'ait pas dès le départ imposé certains services de base aux CLSC : « C'était vraiment au début... c'était flottant, c'était... ça manquait de structure. » (Entretien 15) Il ajoute : « Il n'y avait pas assez de balises quand ça a été lancé. [...] Il n'y avait pas une mission claire, un objectif clair. Et sans balises, [...] c'est devenu n'importe quoi, ça pouvait être n'importe quoi, ça avait le droit d'être n'importe quoi. » (Entretien 15) Un autre médecin souligne l'autonomie importante des CLSC à leur début, favorisée notamment par le fait qu'ils n'étaient pas définis de manière très précise :

> À part d'avoir les lignes de c'est quoi ça un CLSC, ça contient quel personnel, c'était laissé pas mal ouvert qu'est-ce qu'on pourrait faire. Dans la communauté, au niveau social, au niveau médical, au niveau de l'organisation communautaire,

> c'était pas mal laissé à nous autres qu'est-ce qu'on faisait à l'époque. (Entretien 3)

Un médecin ayant été directeur général de CLSC – et qui précise lui aussi que les premières citoyennes et citoyens impliqués dans ce CLSC étaient des travailleuses et des travailleurs, et notamment « des gens du comptoir alimentaire » – confirme également que durant les premières années, les directives du ministère quant à la détermination des programmes étaient « vraiment très large » (Entretien 6). Un organisateur communautaire affirme également qu'il y avait à l'époque très peu d'instructions venant du MAS : « On pouvait faire n'importe quoi. On pouvait écrire les programmes. » (Entretien 2) Cette grande liberté favorisait selon lui la participation et l'innovation au sein des CLSC : « Cette période-là [...] a été une période lumineuse parce que on a fait beaucoup d'expérimentation, beaucoup de travail avec les citoyens et les citoyennes. C'était ça le sens du CLSC, son ancrage. » (Entretien 2) Un directeur de CLSC et fonctionnaire de conseil régional va dans le même sens et atteste du fait qu'« au début, tout le monde pouvait y mettre ce qu'il voulait [dans le concept de CLSC] » (Entretien 14).

Cette latitude a eu pour effet que les CLSC ont au départ été caractérisés par une grande diversité dans le type de programmes mis de l'avant, ce qui correspondait d'ailleurs (du moins jusqu'à un certain point) avec la volonté du ministère, qui voyait les CLSC comme devant être enracinés dans leur milieu et adaptés aux besoins de leur communauté. Ainsi, alors que certains CLSC ont dès le départ offert des services médicaux d'urgence, en particulier dans les milieux dépourvus d'hôpitaux (Entretiens 3, 13 et 15) d'autres ont délibérément choisi de retarder l'embauche de médecins. Un directeur de CLSC (lui-même médecin !) explique que ce choix était dans son CLSC motivé par la volonté de minimiser l'influence des médecins sur l'orientation du CLSC et de laisser la plus grande place possible aux infirmières :

> Une des choses sur lesquelles j'insistais c'était qu'il ne fallait pas engager de médecins tout de suite. On ne voulait pas à ce moment-là que ce soit les médecins qui donnent l'orientation du CLSC parce que connaissant comment ils sont, ça serait trop… ils ne connaissent pas autre chose que le curatif, ça serait trop orienté vers le curatif. Pendant un bout de temps on va retarder l'engagement de médecins et ils arriveront quand on aura déjà établi, quand on aura déjà commencé à organiser les services et à ce moment-là on trouvera des médecins qui vont accepter de fonctionner dans ce modèle-là. (Entretien 6)[534]

De même, alors que l'action communautaire a pris une place prépondérante dans plusieurs CLSC (Entretiens 2, 3, 4, 7, 10, 13, 14, 18), son expansion a au contraire été freinée dans d'autres (Entretiens 1, 15, 17)[535]. Cette grande diversité dans la programmation des CLSC est aussi confirmée par les deux rapports (majoritaire et minoritaire) issus de « l'opération bilan » (Champoux *et al.*, 1975 ; Alary et Lesemann, 1975), qui proposent d'ailleurs des classifications des CLSC en fonction de leurs tendances plus ou moins médicales ou communautaires (nous reviendrons plus loin sur ce rapport ; voir *infra*, section 8.2). Ainsi, le rapport majoritaire propose une typologie qui classifie les CLSC selon deux pôles, avec un troisième type « mixte » de CLSC, qui combine des éléments des deux premiers modèles :

> L'orientation prise par le CLSC se situe entre deux pôles : l'un axé sur les services et l'autre axé sur le développement communautaire. Le premier pôle représente le rôle dominant joué par la médecine, et le deuxième la domination exercée par l'action communautaire. On n'a pas observé l'action déterminante exercée par le service social ou par le nursing dans l'orientation prise par les CLSC. (Champoux *et al.*, 1975, p. 19-20)[536]

---

[534] Une infirmière ayant participé à l'implantation d'un autre CLSC témoigne d'une situation semblable dans son milieu : « Pour nous c'était très importants que ce soit l'infirmière qui soit la porte d'entrée en santé. […] Ils engageaient trois infirmières pour démarrer le CLSC. Et ils engageaient les infirmières avant les médecins. Ça c'était vraiment la meilleure chose qu'ils ont fait je trouve. […] Ça *signifiait* quelque chose. » (Entretien 18) Ce sont les infirmières qui ont été dans ce CLSC responsables de développer les premiers programmes sanitaires.

[535] Nous verrons dans la prochaine section que l'enracinement populaire/syndical semble décisif pour expliquer la place plus ou moins importante de l'action communautaire dans les CLSC.

[536] Le rapport minoritaire reprend pour l'essentiel cette même typologie.

La grande autonomie des CLSC, la forte participation populaire et le caractère généralement peu bureaucratisé des CLSC se sont aussi manifestés dans le profil des directrices générales et des directeurs généraux (DG) qui ont œuvré au sein de ces établissements durant les premières années. Rappelons que la LSSSS de 1971 accordait aux conseils d'administration de chaque établissement public le pouvoir de nommer sa DG ou son DG. Un règlement promulgué en novembre 1972 est venu préciser que cette nomination devait se faire à partir d'une liste d'éligibilité élaborée par un jury « formé de 3 personnes nommées par le conseil d'administration, d'une personne déléguée par le ministre et d'une cinquième personne désignée par le conseil régional de la région dans laquelle se trouve l'établissement. » (*Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1972) Si ce règlement traduit une certaine volonté de contrôle de la part du ministère, il n'en demeure pas moins que le processus de nomination reste pour l'essentiel entre les mains du conseil d'administration de chaque établissement.

Et il semble en effet que durant cette période, le profil des DG dans les CLSC a la plupart du temps reflété les préoccupations du milieu et la composition sociale des conseils d'administration qui, rappelons-le, étaient dans bien des cas occupés par des personnes issus des milieux syndicaux et populaires. Si les CLSC initiés par « l'élite traditionnelle » ont pu embaucher des DG de tendances plus conservatrices, parfois proches du milieu des affaires et davantage axés sur les soins médicaux et curatifs (Entretiens 1, 12, 15, 17), plusieurs des personnes ayant participé aux entretiens parlent plutôt de DG progressistes, issus des sciences sociales et sensibles à la prévention et aux aspects sociaux de la maladie. Un organisateur communautaire parle dans ces termes de la première vague des DG :

> Avant c'était tous des intellectuels [...], c'était des penseurs, c'était des idéologues [...]. [Mon directeur], ce n'était pas un business et ce n'était pas un gérant. Et il y en avait beaucoup des personnes comme ça qui venaient du domaine de la socio, du domaine des sciences sociales, de l'intervention, les DG venaient beaucoup de là. (Entretien 2)

Un animateur-analyste lui-même devenu directeur de CLSC abonde dans le même sens :

> La première phase de direction générale était beaucoup des gens qui étaient des humanistes ou des idéalistes ou des gens qui provenaient du réseau soit de l'éducation populaire [...] ou des services sociaux. Des gens qui se sentaient à l'aise avec le concept participatif, avec le concept d'organisation communautaire et qui voulaient démocratiser la machine, et qui partageaient le point de vue que la santé c'est aussi une question d'information, c'est une question d'éducation, c'est une question de participation, c'est une question de prévention, c'est une question d'actualisation du potentiel des personnes, et que les variables psychosociales sont aussi importantes que les variables médicales. (Entretien 14)

Dans plusieurs cas, les DG ont donc eu tendance, du moins dans les premières années, à soutenir l'organisation communautaire et les actions mises de l'avant (nous y reviendrons). Comme le rapporte un organisateur communautaire à propos de son premier DG : « Le premier directeur [...] qui était un travailleur social, lui avait cette perspective-là [sociale]. Il nous trouvait un petit peu des fois... il trouvait qu'on allait un peu loin, mais il n'était pas le genre à nous freiner. » (Entretien 4) Plusieurs personnes témoignent aussi d'un style de gestion très souple, proche des employées et des employés et peu bureaucratisé. Un organisateur communautaire parle ainsi d'un des premiers DG embauché dans son milieu : « C'était un gars qui se tenait avec nous autres. Il n'était pas dans son bureau. [...] Il ne faisait pas de paperasse, il était avec les employés. » (Entretien 17)

Fait intéressant, l'expérience de ce même organisateur communautaire, qui a siégé à titre de membre du conseil d'administration de son CLSC sur un jury chargé d'élaborer la liste d'éligibilité en vue de l'embauche d'une DG ou d'un DG, témoigne du fait que la légitimité démocratique des conseils d'administration – et la forte participation de l'époque qui permettait de faire peser la menace d'une mobilisation populaire – a parfois forcé le ministère à accepter l'embauche de DG qu'il rejetait :

> On a passé des entrevues, et ils [le délégué du ministère et le représentant du CRSSS] ne voulaient pas qu'on engage ce gars-là. […] Ils avaient le point sur la table et ils ne voulaient pas. Le médecin hygiéniste [qui était lui aussi membre du jury à titre de représentant du conseil d'administration] a dit : 'Écoutez-moi bien. On a fait des entrevues, on est trois, vous êtes deux. On décide.' [Le représentant du ministère répond :] 'On va vous mettre en tutelle.' 'Vas-y dans ton ministère, mets-nous en tutelle !' On n'a jamais eu de tutelle ! Ils ont feelé doux parce que le médecin hygiéniste a dit : 'S'ils nous attaquent, on va leur répondre. On est trois du conseil. Le conseil nous a nommés pour engager le DG. Ce n'est pas à vous autres… vous êtes là, vous venez nous aider, on est d'accord. […] On va mobiliser notre monde, et lui on veut l'avoir [ce candidat] !' Ils sont repartis et ils ne nous ont jamais achalés ! (Entretien 17)

Cette grande liberté laissée aux CLSC a aussi eu pour effet – en plus de permettre une participation populaire importante et un mode de gestion peu bureaucratisé – de favoriser le développement, dans plusieurs CLSC, d'une conception de l'action communautaire qui, par ses accents fortement socio-politiques, dépassait certainement les attentes du ministère à cet égard. Nous verrons néanmoins que sans aller aussi loin, le MAS prévoyait pour l'action communautaire – et donc pour l'action collective sur les causes sociales de la maladie – une place significative durant cette première période.

8.1.3 Des oscillations entre une conception « sanitaire », sociale ou socio-politique de la prévention, mais une place significative pour l'action communautaire

Dans le document d'orientation de juin 1972, les CLSC sont présentés comme un moyen d'atteindre les grands objectifs socio-sanitaires du MAS, objectifs d'abord formulés par la CESBES puis reconnus officiellement dans la LSSSS :

> La création de ce réseau (CLSC) constitue, pour le ministère des Affaires sociales, un moyen d'atteindre les objectifs sociaux qu'il s'est fixés : le relèvement de l'état de santé de la population, l'amélioration des conditions sociales des individus et des groupes ainsi que de l'état du milieu ou s'inscrivent leurs activités. (MAS, 1972, p. 1)

En cohérence avec la conception globale et sociale de la santé mise de l'avant par la CESBES, les CLSC apparaissent ainsi d'emblée comme étroitement liés à une conception sociale de la prévention qui impose d'agir sur les causes sociales de la maladie. Sous certains aspects, ce document semble même aller plus loin que la CESBES à cet égard. Rappelons en effet que des limites apparaissent dans les recommandations de la Commission en ce qui a trait à la mise en œuvre des grands principes formulés dans son rapport, et notamment en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie. Nous avons vu que si la CESBES insiste en principe sur l'importance d'agir sur les conditions sociales pour prévenir la maladie et améliorer la santé, elle considère en pratique que ce qu'elle appelle « l'assainissement du milieu » ne relève pas, pour l'essentiel, du régime de la santé lui-même, qui doit plutôt se concentrer sur les aspects plus strictement « médicaux » de la prévention, comme l'immunisation, le dépistage des maladie et l'éducation sanitaire de la population[537].

La CESBES oscille ainsi entre une conception sociale de la prévention, qu'elle met de l'avant en théorie, et une conception plus médico-sanitaire, hygiéniste et même individualiste de la prévention, conception typique de l'approche traditionnelle dans le domaine de la santé publique qui, rappelons-le, correspond également davantage au point de vue de la classe capitaliste en matière de santé et de prévention (voir *supra*, chapitres 2 et 4). La *Politique en matière de santé communautaire* publié par le MAS en juillet 1972 et mentionnée plus haut (MAS, 1973) témoigne d'ailleurs du fait que cette conception plus strictement « sanitaire » de la prévention est aussi bien présente au ministère à cette époque. En effet, ce document semble établir une équivalence entre

---

[537] Citons de nouveau cet extrait du rapport de la CESBES, très clair à ce sujet : « Envisagé dans une perspective de développement de l'homme, le régime de la santé se préoccupe de son rendement social. À cette fin, il s'attache aux sources de maladies, quelles qu'elles soient. *S'il ne lui appartient pas de façon immédiate d'améliorer l'habitat, le milieu de vie, le genre de vie, responsabilités qui échoient plutôt aux professionnels des sciences écologiques et des sciences socio-économiques,* il doit, en revanche, intervenir de façon énergique dans le dépistage et la prévention des maladies elles-mêmes, autant sinon plus qu'au stade curatif ; il doit aussi assurer l'éducation sanitaire de la population et l'information sur les déséquilibres biophysiques ou sociaux qui mettent en péril la santé. » (CESBES, 1970b, p. 17)

ce qu'il appelle la « santé communautaire » et le domaine plus traditionnel de la santé publique :

> Au cours de la dernière décennie, le concept de santé publique s'est modifié en fonction des besoins des individus et des collectivités. L'organisation des services de santé et la distribution des services au niveau de la communauté sont devenues une préoccupation majeure des personnes impliquées dans le domaine de la santé publique. C'est ainsi que l'expression de 'Santé communautaire' remplace de plus en plus celle de 'santé publique' pour décrire ce type d'activité. C'est celle que nous utiliserons à l'avenir. (MAS, 1973, p. 25-26)

Bien que « l'épidémiologie » et le « contrôle du milieu » font bien sûr partie des fonctions principales traditionnellement remplies par la santé publique (MAS, 1973, p. 22-23), ces fonctions renvoient davantage à un rôle de vigile sanitaire (étude de la fréquence des maladies et des facteurs de propagation, surveillance de la qualité de l'eau, de l'air, des aliments, etc.) qu'à une vocation pour l'action collective sur les causes sociales de la maladie. À cet égard, le document précise d'ailleurs que les « mesures individuelles de protection de la santé » constituent « la majeure partie du travail de la plupart des professionnels de la santé publique. » (MAS, 1973, p. 24) Et de manière tout à fait cohérente avec la perspective adoptée par la CESBES au niveau de la mise en œuvre de ses recommandations, on précise également dans ce document que le contrôle du milieu n'est désormais plus du ressort du réseau de la santé mais qu'il relève d'une expertise extérieure au secteur sanitaire :

> Traditionnellement, ces services [de contrôle du milieu] furent organisés et administrés par des autorités de santé publique. Devenus hautement spécialisés et fortement liés à des objectifs plus larges que ceux poursuivis par la politique de la santé, ces services ont été placés au Québec sous l'autorité d'un ministre spécialement responsable de la qualité de l'environnement. (MAS, 1973, p. 24)

Mais c'est dans sa description du rôle des CLSC que la conception étroite, très « médico-sanitaire » voire même individualiste de la prévention mise de l'avant dans ce document transparaît avec le plus d'évidence. En effet, on considère ici que ce sont

les mesures individuelles de protection de la santé qui doivent être au cœur de la mission de ces nouveaux établissements :

> Le centre local est l'endroit où doivent principalement s'accomplir *les mesures individuelles* pour la protection de la santé tels l'immunisation, le dépistage précoce, les programmes de contrôle et de prévention, l'éducation sanitaire. Il s'agit là d'une responsabilité primordiale des centres locaux dans la distribution des services de santé. (MAS, 1973, p. 33-34)

Or, le document d'orientation visant à définir les CLSC et publié par le MAS à la même époque (en juin 1972) s'éloigne de cette conception pour se rapprocher davantage d'une conception sociale de la prévention en stipulant clairement que les CLSC ont aussi pour fonction d'agir directement, dans leur milieu, sur les problèmes sociaux de leur communauté :

> Le ministère des Affaires sociales souhaite qu'en plus de répondre aux besoins des individus et des groupes, le centre local de services communautaires soit pour la collectivité l'instrument d'une meilleure qualité de vie. Par leur action directe sur les problèmes sociaux de cette collectivité, l'équipe du centre local de services communautaires et la population qui le fréquente deviennent un élément dynamique de développement social. (MAS, 1972, p. 2)

Il fait peu de doute que cet engagement du MAS en faveur d'une action directe, à partir du réseau socio-sanitaire lui-même (et plus spécifiquement à partir des CLSC), sur les causes sociales de la maladie est en bonne partie le résultat des pressions exercées en ce sens par la classe des travailleuses et des travailleurs. En particulier, on peut penser que le mouvement populaire, qui met en œuvre dans les cliniques populaires un modèle d'action communautaire innovateur et qui, rappelons-le, a fortement pris position contre l'insuffisance du projet de loi 65 quant à son impact éventuel sur les causes sociales de la maladie, a contribué à influencer le ministère à cet égard.

C'est aussi dans cette optique qu'on peut comprendre la place non négligeable accordée par le MAS à l'action communautaire dans son premier document d'orientation sur les CLSC alors que, comme on l'a vu dans un chapitre précédent (chapitre 6), ce type de

« services » n'est pas clairement mentionnée dans la LSSSS (contrairement aux services de santé et aux services sociaux), ni d'ailleurs dans la *Politique en matière de santé communautaire* de juillet 1972 (MAS, 1973). Or, l'action communautaire est officiellement désignée dans le document d'orientation sur les CLSC comme un des trois volets principaux – avec « l'accueil » et « les soins » – du « programme général » destiné à devenir la base commune de tous les CLSC.

Néanmoins, l'intégration de l'action communautaire dans la programmation des CLSC et la place importante qui lui est attribuée par le MAS dans sa première définition substantielle des CLSC doivent être compris davantage comme une concession accordée à la classe des travailleuses et des travailleurs que comme la manifestation d'un engagement profond de la part du ministère en faveur de ce nouveau type d'intervention dans le domaine socio-sanitaire. Le fait que le ministère ne prévoit qu'une seule employée ou employé par CLSC pour ce programme (contre un minimum de cinq pour les services de santé, de cinq pour les services sociaux et de cinq pour l'accueil !) est un indice de cela (MAS, 1972, p. 12-13).

Il semble également que ce nouveau type d'intervention socio-sanitaire qu'est l'action communautaire reste plutôt nébuleux pour le ministère, signe supplémentaire que son intégration dans les CLSC est avant tout le fruit d'une importation des milieux populaires plutôt que d'une initiative du MAS lui-même. En effet, alors que les autres programmes (y compris les programmes complémentaires) sont présentés en détail, seules deux phrases sont consacrées à la description du programme d'action communautaire (contre une page complète pour l'accueil !) :

> Les services d'action communautaire sont conçus pour amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé ou des problèmes sociaux du milieu. L'information, l'animation et l'éducation constituent les trois principales activités de l'action communautaire. (MAS, 1972, p. 8)

Si le ministère met ainsi de l'avant une conception sociale de la prévention, on constate par ailleurs que rien dans cette définition ne suggère que la place accordée à l'action communautaire dans le modèle des CLSC implique une adhésion, de la part du ministère, à la conception socio-*politique* de la prévention portée par les cliniques populaires et incarnée dans le travail des organisatrices et organisateurs communautaires qui y oeuvrent. En effet, tout comme la CESBES, la conception de la prévention mise de l'avant par le MAS est limitée par rapport à celle de la classe des travailleuses et des travailleurs et, malgré la pression en ce sens et bien que le rapport de force soit exceptionnellement favorable à cette classe durant les années 1970, le ministère n'ira pas jusqu'à défendre une conception de la prévention qui passe par la politisation de la santé et de la maladie. Autrement dit, le MAS ne conçoit pas la santé et la maladie comme des enjeux politiques traversés de rapports de force et de domination, ni l'action communautaire comme devant être un vecteur de contestation sociale et de revendications politiques en vue de la transformation des conditions de vie malsaine. Comme le souligne un organisateur communautaire de la première heure :

> À cette époque-là, l'organisation communautaire ou l'animation sociale avait deux courants. Un courant qui militait pour le changement social, pour l'organisation du mouvement citoyen, de la prise en charge des citoyens pour faire de l'implication politique, et il y avait un autre mouvement qui était sur la création de services. C'était un peu une tension qu'il y avait entre ces deux-là. (Entretien 10)

Or, tout indique que, en cohérence avec sa conception sociale (et non socio-*politique*) de la prévention, c'est à cette seconde conception de l'action communautaire, axée sur la création d'organismes communautaires de services (coopératives alimentaires ou de logement, centres de loisir, etc.) qu'adhère le MAS, orientation qui deviendra de plus en plus claire et de plus en plus affirmée dans les années subséquentes (voir *infra*, sections 8.2.3 et 8.2.4). Toutefois, probablement en bonne partie grâce au rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs qui caractérise les années 1970, le

ministère fera preuve de tolérance et adoptera durant cette première période une attitude conciliante à l'égard de la conception socio-politique de la prévention et de l'action communautaire, qui se manifeste avec vigueur non seulement dans les cliniques populaires, mais aussi dans plusieurs CLSC à l'époque.

En effet, dans de nombreux cas, c'est dans une perspective résolument socio-politique que sera conçue la prévention et que sera mise en œuvre l'action communautaire sur le terrain, même si la plupart des organisateurs et organisatrices communautaires ayant participé aux entretiens considèrent la création de services comme faisant *aussi* pleinement partie du mandat de l'action communautaire. Plusieurs insistent en effet sur le caractère fortement socio-politique de l'action communautaire et, par extension, sur son caractère très « dérangeant ». Notamment, les organisatrices et les organisateurs rencontrés font état de nombreuses luttes sociales et politiques initiées ou menées en association avec les CLSC dans lesquels elles et ils œuvraient. Il ressort également de ces témoignages que, précisément pour cette raison, l'action communautaire a été moins développée dans les CLSC initiés par des personnes issues de « l'élite traditionnelle », alors qu'elle a pris une place souvent très importante dans les CLSC plus proches des milieux syndicaux et populaires.

Un organisateur communautaire parle ainsi de grosses différences dans le « développement du programme [qu'il connait] le plus, qui est communautaire », et il explique ces différences par le fait que ce programme « est très teinté politique, parce que c'est un des seuls programmes qui fait des actions politiques. » (Entretien 1) Il note ainsi que dans un CLSC bien connu pour avoir été très proche des milieux populaires au moment de sa création, l'action communautaire a pris une place considérable alors que dans le CLSC où il a lui-même travaillé, c'était plutôt « le contraire. On a presque pas eu d'OC. Ça a été des batailles constantes pour développer des postes. » (Entretien 1) Or, ce CLSC a été mis sur pied par des personnes très proche du Parti libéral, et l'une d'entre elles est par la suite devenue le directeur général de l'établissement. Une

organisatrice communautaire a été embauchée, mais ce directeur « ne voulait pas en développer [des postes d'organisatrice ou d'organisateur communautaire] par après. Ça a été très difficile. Il n'était pas intéressé. [...] Parce que ça dérange. » (Entretien 1) Afin d'illustrer le caractère dérangeant de l'action communautaire, cet organisateur communautaire donne l'exemple des revendications en matière de logement :

> À partir du moment que les services communautaires vont revendiquer disons des éléments de logement, que ce soit du logement public, des coop, etc., et ça prend de plus en plus de place, et le communautaire prend de la place et il ne pense pas toujours comme le DG à l'époque, c'est là que ça commence à déraper. (Entretien 1)

Un autre organisateur communautaire ayant lui aussi œuvré dans un CLSC initié par des membres de l'élite plus traditionnelle (un directeur d'usine et un autre directeur d'entreprise siégeaient notamment sur le comité provisoire) témoigne également de la méfiance du premier directeur général à l'égard de l'action communautaire[538] :

> Au début le DG il ne voulait pas qu'on sorte ! Il est arrivé et il avait peur de l'action communautaire alors on a été un an dans le bureau... On était deux trois et on lisait le journal. On ne pouvait rien faire. On allait faire un petit tour dans les communautés et c'est tout. [...] Dans le fond il avait peur ! [...] Il avait peur... qu'on aille dans le milieu et que le milieu revendique, il avait peur de ça ! L'agitation... (Entretien 17)

Pour expliquer cette crainte, il souligne lui aussi la nature politique de l'action communautaire : « Lui avait une certaine crainte, et le conseil [d'administration] aussi. Si les jeunes s'en vont sur le terrain et qu'ils mobilisent les gens, qu'est-ce qui va arriver comme revendications... au niveau politique... C'était plus large que juste santé/sociaux ! » (Entretien 17) Un médecin qui décrit son CLSC comme mitoyen entre un CLSC « changeur de société » et un CLSC « boîte de services » considère que les dirigeantes et les dirigeants de CLSC acceptent en apparence l'action communautaire,

---

[538] Ce directeur général sera assez rapidement remplacé par un directeur général progressiste qui encouragera l'action communautaire.

mais dans la mesure où elle se maintient à l'intérieur de certaines limites, c'est-à-dire dans la mesure où les actions ne sont pas trop politiques :

> C'est sûr que les dirigeants [de CLSC] voient toujours les organisateurs communautaires comme dérangeants parce qu'ils viennent demander des questions. Mais c'était dérangeant et disons socialement acceptable par les dirigeants [...]. Et les directeurs généraux étaient toujours présents quand les organisations communautaires avaient des choses importantes à dire. [...] Donc [la façade] est toujours solide pro action communautaire, pro organisation quelle qu'elle soit, mais du moment que ce n'est pas dans la grosse politique que ça se passe. [...] Mais comme je dis, moi j'ai siégé à des conseils d'administration, et c'était toujours à porte close qu'on dit : 'C'est des questions qui nous emmerde...' et tout ça. » (Entretien 15)

Une organisatrice communautaire témoigne du fait que dans un CLSC initié par les groupes populaires d'un quartier urbain défavorisé, l'action communautaire était au contraire soutenue par le directeur général, et ce même si elle « avait un impact politique bien sûr », et même si cela avait pour résultat que « les CLSC étaient dérangeants pour bien du monde, pour l'ordre établi » :

> On acceptait les conséquences politiques de [de l'action communautaire] et la direction embarquait aussi... Elle était prête à aller plus loin, pas nécessairement faire sauter la baraque [...], mais si ça menait à des actions politiques ou à des revendications X, en autant que ça respectait, que c'était conforme à ce que la population avait besoin, il était prêt à aller jusque-là. (Entretien 18)[539]

Cette organisatrice communautaire et une infirmière du même CLSC vont même plus loin en affirmant que durant les premières années, le personnel était engagé en fonction de son attachement à une conception socio-politique de la santé : il fallait une espèce de « parti pris collectif. Et là il ne s'agissait pas de ligne politique partisane. Il s'agissait d'une vision globale de la santé communautaire. D'une vision communautaire de la santé, incluant les aspects sociaux de la santé, les aspects *s'il le fallait* politiques. »

---

[539] D'autres organisateurs communautaires issus de CLSC « populaires » et/ou proche des milieux syndicaux font des témoignages semblables (Entretiens 2, 4, 7, 10).

(Entretien 18) Or, dans un quartier comme celui où était implanté ce CLSC, une telle perspective s'imposait : « C'est des petits travailleurs, c'est des chômeurs, est-ce qu'on peut s'il-vous-plaît en parler un petit peu et voir qu'est-ce qu'on fait avec ça ! Ce n'est pas pour rien qu'il y a des problèmes de santé majeurs, c'est parce que la population est pauvre ! » (Entretien 18)

Un organisateur communautaire d'une autre région affirme lui aussi que « les organisateurs communautaires jouaient un rôle qui était à caractère socio-politique. » (Entretien 4) En particulier, il souligne comment l'action sur les déterminants sociaux de la santé était généralement perçue comme politique : « Nous on travaille dans le domaine de la santé mais on travaille sur les déterminants sociaux et les déterminants sociaux entre autres comme la pauvreté. Et ça c'était vu comme politique. » (Entretien 4) Un autre organisateur communautaire va dans le même sens :

> L'organisation communautaire moi je la percevais comme… nous on intervenait sur les déterminants de la santé. Dans le système de santé, le rôle des organisateurs communautaires, c'était d'intervenir sur les déterminants de la santé : la santé et sécurité au travail, le logement, l'environnement, les conditions de vie, la population en général. Et on travaillait pour que la population s'auto-organise, s'auto-détermine sur ces questions-là. (Entretien 10)

Insistant, à l'image de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, sur le caractère fondamentalement socio-politique des déterminants de la santé et sur les rapports de force à l'œuvre derrière ces déterminants, un organisateur communautaire place également la dimension socio-politique au cœur de l'action communautaire :

> Avant nous autre c'était le socio-politique qui était notre parapluie, et on parlait des conditions de vie comme des enjeux socio-politiques. Comme la question du logement, la question économique, la question du revenu. […] Le revenu c'est un déterminant socio-politique […]. Prévention, promotion, protection, allez-y faites-le, mais le logement ce n'est pas un déterminant social de la santé c'est un enjeu socio-politique issu d'un rapport de force entre le propriétaire et le locataire. (Entretien 2)

Cet organisateur communautaire explique que c'est précisément pour cette raison que les CLSC étaient « un nid de contestation » (Entretien 2). Il souligne en effet qu'agir sur les problèmes sociaux conduit inévitablement à des actions de contestation :

> Il y a beaucoup de contestation qui émanait des CLSC. Parce qu'on travaille sur les problèmes sociaux. On va dire que c'est presque automatique. Si tout va bien et qu'on fait juste donner des pilules aux gens, c'est tout. Mais si ça ne va pas bien et qu'on travaille sur les problèmes sociaux, c'est sûr que ça brasse la cage. (Entretien 2)

Soulignant lui aussi le double rôle de l'action communautaire – revendications et création de services – il insiste sur l'importance des luttes politiques autour des enjeux sanitaires jugés importants pour les citoyennes et les citoyens du milieu et sur le caractère nécessairement dérangeant de ces luttes :

> Moi mon analyse c'est qu'à l'époque on se colletaillait tout le temps avec les pouvoirs publics à partir des préoccupations citoyennes. Que ce soit le logement, l'alimentaire, que ce soit l'insalubrité, toutes ces questions-là, et on faisait de l'action sociale. Après ça on a mis sur pied des ressources, comme des coops, [...] pour développer des alternatives concrètes, mais sans perdre de vue la lutte, parce qu'il y avait toujours un aspect luttes urbaines. C'était des luttes de revendication, on mettait sur la place publique des choses qui étaient invisibles ou peu visibles. Et ce n'était pas nous qui le faisions, c'était avec les gens. C'est ça qui est la force aussi. Et après ça a créé des instances, des comités, des ressources. [...] Des comités de revendications, et après ça de services. (Entretien 2)

On constate donc un certain décalage entre la conception de la prévention et de l'action communautaire mise de l'avant par le MAS et celle mise en pratique dans plusieurs CLSC par les actrices et acteurs sur le terrain : alors que la première est sociale (voire même plus strictement sanitaire) et axée sur la création de services communautaires, la seconde est résolument socio-politique et axée non seulement sur la création de services, mais aussi sur la contestation, les revendications et les luttes autour d'enjeux socio-sanitaires (conditions de vie et de travail, environnement, logement, pauvreté, etc.). Nous reviendrons plus en détails sur certaines de ces luttes au prochain chapitre,

ainsi que sur leur rôle dans la remise en question du modèle des CLSC qui s'amorce dès 1974. Voyons pour l'instant quelles formes prend cette remise en question, et quelles en seront les impacts sur l'évolution subséquente du modèle des CLSC au niveau des trois axes d'analyse retenus pour ce chapitre.

8.2 Moratoire, premières tentatives de redéfinition et parachèvement du réseau : vers la « normalisation » des CLSC (1974-1981)

En décembre 1973, alors qu'a lieu le débat sur le message inaugural du nouveau gouvernement (réélu en octobre) de Robert Bourassa, un député d'arrière-ban nouvellement élu et membre du Parti libéral au pouvoir, le Dr Fernand Dufour, lance officiellement l'assaut contre le modèle des CLSC (Québec, 1973, 4 décembre). Il transporte ainsi dans la sphère politique formelle l'offensive amorcée dès l'adoption de la LSSSS par des médecins spécialistes et omnipraticiens et rapidement relayée à l'échelle provinciale par la FMOQ (voir *supra*, section 8.1.1). Ce premier assaut sera suivi, lors de l'étude des crédits du MAS en mai 1974, d'une véritable attaque groupée contre les CLSC (Québec, 1974, 14 mai). Fait exceptionnel, le nouveau ministre des Affaires sociales, Claude Forget, fait lors face à une fronde menée par plusieurs députés de son propre parti, et ce sont des députés de l'opposition officielle (formée pour la première fois par le Parti québécois) qui se porteront à la défense du ministre et de son programme, pourtant créé par le Parti libéral et adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale à peine trois ans plus tôt (à ce sujet, voir également Labrie et Lemieux, 1979, p. 159-160).

Si le ministre continuera de se positionner en faveur du modèle des CLSC (après tout, il avait auparavant participé aux travaux de la CESBES et œuvré à titre de sous-ministre adjoint des Affaires sociales sous Claude Castonguay), les années suivantes seront néanmoins marquées par un moratoire sur la création de nouveaux établissements,

justifié par les « difficultés » rencontrées dans le processus d'implantation mais aussi par des considérations budgétaires. Ainsi, en mai 1975, dans une allocution prononcée au congrès de fondation de la Fédération des CLSC, le ministre Forget se défend de vouloir saboter le modèle des CLSC :

> je ne peux que trouver ridicule et fausse cette espèce de dialectique anti-gouvernementale, qu'utilisent certains, et qui tend à insinuer que le ministère des Affaires sociales s'oppose au développement ou à l'épanouissement des C.L.S.C. C'est, au contraire, le ministère des Affaires sociales qui leur a donné la première impulsion et qui continue d'assurer leur développement par ses fonds et ses efforts. (Forget, 1975, 3 mai, p. 5)

Il évoque plutôt, en plus des difficultés rencontrées dans le processus d'implantation, des contraintes budgétaires pour justifier la lenteur du développement du réseau : « Lorsque le ministère des Affaires sociales parle de contraintes budgétaires, il n'indique pas par là qu'il s'oppose à la croissance des C.L.S.C. ; il ne fait que rappeler une réalité, hélas, trop bien connue. » (Forget, 1975, 3 mai, p. 6) Néanmoins, alors que le moratoire est alors en vigueur depuis environ un an (Forget, 1975, 3 mai, p. 14), le ministre ne s'engage pas à y mettre fin à court terme : « Nous ne pourrons pas préciser, avant plusieurs mois, la date de levée du moratoire actuel » (Forget, 1975, 3 mai, p. 16). Fait intéressant, le ministre (péquiste) suivant, Denis Lazure, justifiera le moratoire imposé par son prédécesseur en invoquant lui aussi des contraintes budgétaires :

> Une période d'expérimentation et de rodage s'étant avérée nécessaire dans l'implantation de ce nouveau type d'établissement, le développement des C.L.S.C. s'est effectué plus modérément qu'il n'avait été prévu initialement, d'autant que les disponibilités financières de l'administration gouvernementale exigeaient un développement circonspect et pondéré. (MAS, 1981, p. I)

Ainsi, alors que 69 CLSC ont été annoncés entre 1971 et mai 1974, aucune nouvelle autorisation ne sera accordée en 1975-1976. De plus, malgré le changement de gouvernement, qui portera en 1976 le Parti québécois au pouvoir, et malgré le fait que ce parti est réputé être un ardent défenseur de ce modèle d'établissement, seuls 15

nouveaux projets seront approuvés en 1976-1977, et aucun entre 1977 et 1980, avec pour résultat que le réseau des CLSC totalise 85 établissements en 1980 (Gaumer et Desrosiers, 2004b, Annexe 1). Or, sous l'effet direct de la stratégie orchestrée par la FMOQ – qui redouble d'énergie à partir de 1974 dans sa lutte contre les CLSC – on assiste durant ces mêmes années « à une véritable éclosion des cliniques médicales » privées et, en 1977, plus de 350 de ces cliniques couvrent le territoire de la province, souvent dans le voisinage immédiat des CLSC (Lesemann, 1979, p. 11).

Parallèlement au moratoire sur l'implantation de nouveaux CLSC se produisent durant cette période des efforts considérables de redéfinition du modèle initial et d'encadrement accru de ces établissements (et surtout de l'action communautaire). À l'été 1974 est déposé un projet de loi (adopté en décembre de la même année) qui aura notamment pour effet de renforcer le pouvoir des directrices générales et des directeurs généraux au sein des établissements publics (dont les CLSC) (MAS, 1974 ; *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1974). Le ministre Forget mettra également sur pied en janvier 1975 une équipe d'experte et d'experts pour faire le bilan des trois années d'existence des CLSC. Les travaux de « l'opération-bilan » aboutiront à la publication en juin 1975 d'un rapport majoritaire et d'un rapport dissident proposant, dans le premier cas, une nouvelle définition et de nouvelles orientations pour les CLSC et, dans le second cas, de préserver la souplesse et la diversité caractéristiques du modèle initial (Champoux et al., 1975 ; Alary et Lesemann, 1975). Suite à la publication de ces rapports, des efforts de réflexion se produisent au sein du ministère (MAS, 1975), mais seule une partie des recommandations du rapport majoritaire seront appliquées par le ministre, ce qui aura notamment pour effet de resserrer l'encadrement bureaucratique des CLSC (voir *infra*, section 8.2.2)[540]. De plus, ce rapport recommande de consolider le réseau de CLSC

[540] Pour cette raison, seul le rapport majoritaire sera inclut dans l'analyse qui suit puisque seules ses recommandations ont été prises en considération par le ministère et ont influencé l'évolution subséquente du modèle des CLSC.

existant avant d'autoriser l'implantation de nouveaux établissements, et il contribuera ainsi à justifier la poursuite du moratoire durant les années suivantes :

> La situation actuelle nous semble encore bien fragile et nous doutons de l'opportunité de développer de nouvelles ressources avant quelques années [...]. Nous croyons, en effet, que malgré les demandes pressantes et les difficultés politiques qu'elles entrainent, le Ministère des Affaires sociales devrait s'efforcer de consolider le réseau actuel [...]. (Champoux *et al.*, 1975, p. 99-100).

Par ailleurs, avant même la publication de ces rapports et devant la menace qui pèse alors sur l'existence même du modèle des CLSC, certains d'entre eux choisissent de se regrouper et en mai 1975 est créée la Fédération des CLSC (FCLSC). Invité à prononcer une allocution à l'occasion du congrès de fondation de la nouvelle association, le ministre annonce déjà de nouvelles orientations pour les CLSC (Forget, 1975, 3 mai). Ce n'est toutefois qu'en août 1976 que les intentions du ministre seront officialisées par la publication d'un document d'orientation (MAS, 1976) fortement inspiré du rapport majoritaire de l'équipe-bilan[541]. Ce document – qui est le premier document d'orientation officiel publié par le MAS depuis celui de juin 1972 (MAS, 1972b) – sera très mal reçu par la FCLSC, celle-ci y voyant notamment une remise en question de l'autonomie des conseils d'administration et du rôle de l'action communautaire. Se manifeste en effet à cette époque une volonté claire de redéfinir, d'encadrer et de circonscrire davantage l'action communautaire, comme en témoigne un document de travail rédigé en 1976 à ce sujet par la nouvellement créée Direction des soins communautaires du MAS (Pilon, 1976).

---

[541] Malheureusement, il a été impossible d'avoir accès à ce document, disponible uniquement à la bibliothèque du ministère de la Santé et des Services sociaux qui a été fermée en septembre 2015. Le processus de relocalisation des documents était toujours en cours au moment où s'est terminé le processus de recherche documentaire de la thèse. Néanmoins, des analyses de ce document sont disponibles et nous permettrons d'avoir accès aux grandes lignes des orientations qui y sont présentées (voir notamment Bourque, 1988). De plus, on peut penser que le document de travail produit par le MAS dans les suites des rapports de l'opération-bilan (MAS, 1975) constitue la base à partir de laquelle seront élaborées les orientations officielles publiées dans le document de 1976 (MAS, 1976).

Suite à l'élection du Parti québécois en 1976, le document d'orientation litigieux de 1976 sera écarté et la rédaction d'un document conjoint à laquelle participeront la FCLSC ainsi que des fonctionnaires du MAS sera entamée (FCLSC et MAS, 1977). Probablement parce que la FCLSC espère ainsi assurer la survie du réseau des CLSC (le document réaffirme d'ailleurs la volonté du ministère de « poursuivre son effort d'implantation de nouveaux C.L.S.C. », mais avec « beaucoup de prudence »[542] (FCLSC et MAS, 1977, p. 1)), cette publication ne marque toutefois pas de rupture avec les tendances qui s'imposent à partir de 1974 ; il contribue au contraire à accélérer la redéfinition des CLSC amorcée en même temps que le moratoire. Néanmoins, le ministre péquiste des Affaires sociales, Denis Lazurre, refusera dans un premier temps d'entériner ce document, qui devait être publié à l'origine en septembre 1977. On peut penser d'ailleurs que ces hésitations forceront la FCLSC à plusieurs concessions dans la rédaction du document. Ce n'est donc qu'avec réticence qu'il sera adopté officiellement par le MAS janvier 1978, et sans que cela n'ait d'ailleurs pour effet de relancer le développement du réseau puisque, comme nous l'avons mentionné, aucun nouveau projet d'établissement ne sera approuvé entre 1977 et 1980.

Ce n'est qu'en 1981, soit cinq ans après l'arrivée au pouvoir du PQ, que le MAS consent au parachèvement du réseau (MAS, 1981)[543], mais à partir d'un modèle de CLSC « normalisé » qui évacue plusieurs dimensions du modèle initial, et toujours avec une certaine prudence dans le rythme d'implantation. Concrètement, et dans les termes de certaines des personnes ayant participé aux entretiens, cette « normalisation » des CLSC signifie qu'ils deviendront progressivement (mais assez rapidement) des établissements « comme les autres ». Rappelons que les CLSC étaient

---

[542] Le document précise également que « la création d'un nombre important de C.L.S.C. devra être précédée d'une évaluation systématique du fonctionnement du réseau actuel » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1), ce qui signifiera dans les faits la poursuite du moratoire jusqu'en 1981.

[543] Bien qu'il n'ait pas été possible de connaitre avec exactitude le jour de publication de ce document, tout indique que cette annonce a été faite durant la campagne électorale qui se termine le 13 avril 1981. En effet, on sait que le document a été publié en avril 1981, et Denis Lazure signe sa préface à titre de ministre des Affaires sociales alors qu'il se verra attribuer un autre ministère suite à l'élection.

au départ considérés comme des établissements où devaient se développer des pratiques innovatrices et qu'ils étaient destinés à être des vecteurs de changements au sein du réseau socio-sanitaire. Plus précisément, on espérait qu'ils stimuleraient une certaine démocratisation du réseau – et donc une meilleure adaptation des services aux besoins socio-sanitaires réels de la population – ainsi qu'un virage vers un réseau centré sur la première ligne et sur la prévention (comprise dans un sens large – social) plutôt que sur les services hospitaliers et la médecine curative.

Or, les CLSC deviendront rapidement des établissements « comme les autres » devant *s'intégrer* de manière « complémentaire » au réseau ou, autrement dit, devant *s'adapter* aux services socio-sanitaires existants (notamment les cliniques médicales privées) et aux pratiques traditionnelles (notamment, en matière de prévention, à celles de la santé publique). Au moment où l'on confirme enfin la création d'un réseau complet de CLSC, leur modèle initial est donc considérablement redéfini, du moins au niveau des orientations du ministère. Nous verrons maintenant plus en détail comment s'est déployée cette « normalisation » des CLSC à partir des trois grands axes d'analyse privilégiés ici.

Plus précisément, nous pourrons constater trois grandes tendances qui, comme nous le verrons brièvement en conclusion de ce chapitre, continueront de s'affirmer au cours des décennies suivantes : 1) une tendance à la « résidualisation » d'un programme pourtant clairement conçu au départ comme un programme à portée universelle, tendance qui passe par la transformation des CLSC en établissements « complémentaires » au réseau de cliniques et de polycliniques privées qui se constitue alors à grande vitesse (section 8.2.1) ; 2) une tendance à la bureaucratisation et à l'encadrement administratif des CLSC, qui ira de pair avec une réduction de leur autonomie et un déclin de la participation populaire (section 8.2.2)[544] ; une tendance à

[544] En ce qui concerne le déclin de la participation, il est visible davantage sur le terrain que dans les orientations ministérielles ; cet aspect sera donc davantage traité dans la section 8.2.4.

la dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire, qui passera également par un encadrement accru des CLSC (section 8.2.3).

Précisons enfin que contrairement à la section précédente, nous présenterons ici dans une sous-section distincte (section 8.2.4) la manière dont ces tendances se sont manifestées sur le terrain et ce, pour deux raisons. D'abord, comme cela a été mentionné en introduction du chapitre, les impacts des réorientations ministérielles n'ont été ressentis dans la plupart des cas que plusieurs années plus tard ; les présenter de manière simultanée aux décisions prises au niveau du MAS pourrait donc porter à confusion. Ensuite, les personnes ayant participé aux entretiens établissent très souvent des liens étroits entre les diverses tendances qui sont analysées ici séparément. Tenter d'insérer ces témoignages dans l'un ou l'autre des axes d'analyse retenus ici n'aurait donc pas permis d'en restituer pleinement le sens.

8.2.1 Vers la « résidualisation » des CLSC : des établissements « complémentaires » ou « supplétifs » au réseau des cliniques privées

À partir de 1974, on peut observer une tendance à la « résidualisation » des CLSC. Plus précisément, ceux-ci qui tendent de plus en plus à être conçus par le ministère non pas comme un programme universel destiné à l'ensemble de la population, mais plutôt comme des établissements « complémentaires » et « supplétifs » au réseau des cliniques privées qui se développe à grande vitesse. Cette résidualisation des CLSC ne se fera toutefois pas de manière frontale. En effet, le ministère continue durant toute la période à mettre de l'avant un modèle de CLSC dans lequel doit être dispensé un programme commun de base incluant des services de santé et des services sociaux courants destinés à l'ensemble de la population (comme nous le verrons plus loin (section 8.2.3), la place de l'action communautaire sera quant à elle remise en question beaucoup plus directement).

Par exemple, le ministre Forget mentionne lors du débat sur l'étude des crédits de son ministère en mai 1974 que les CLSC ont pour objectif « de rendre accessibles des soins primaires, des soins généraux à l'ensemble de la population. » (Québec, 1974, 14 mai) Dans un document de travail rédigé à la suite de la publication des rapports de l'opération-bilan, le MAS réitère que « Le rôle premier de ce type d'établissement consiste [...] à dispenser des soins généraux de santé et des services sociaux de première ligne en y intégrant les dimensions curative et préventive. » (MAS, 1975, p. 3) Ce document affirme également que « le centre local de services communautaires devient le principal point de contact de la population désireuse d'obtenir des soins ou services en réponse à ses besoins courants. » (MAS, 1975, p. 3) De même, le document conjoint rédigé par la FCLSC et le MAS en 1977 soutient que : « Dans l'organisation des services sociaux et de santé au Québec, le centre local de services communautaires joue un rôle de toute première importance. [...] C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1). Plus loin, le même document affirme que la « vocation essentielle [des CLSC] est toujours d'assurer à l'ensemble de la population de son territoire des services courants facilement accessibles, continus et de qualité, dans le cadre d'une approche globale et communautaire. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 9)

Cependant, le ministère hésite de plus en plus à qualifier les CLSC de « porte d'entrée principale » du réseau socio-sanitaire ; il insiste au contraire de manière grandissante sur la nécessité d'éviter les « dédoublements » de services – ce qui veut dire concrètement d'éviter de faire concurrence aux cliniques privées qui se développent sur le territoire québécois beaucoup plus rapidement que le réseau des CLSC. La tendance à faire des CLSC des établissements « complémentaires » ou « supplétifs » au secteur privé se manifestera donc indirectement, et de deux façons : 1) en priorisant de manière systématique, dans l'implantation des nouveaux établissements, les zones « dépourvues de services », c'est-à-dire dépourvues, notamment, de cliniques privées (le ministère envisagera même pendant quelque temps d'implanter les nouveaux CLSC

uniquement dans ces secteurs) ; 2) en accordant une place croissante aux programmes de prévention *spécifiques* destinées aux groupes considérés comme prioritaires parce que vulnérables – c'est-à-dire essentiellement à des types de programmes peu susceptibles d'être offerts par le secteur privé.

Ainsi, dès le mois de février 1974, le ministre nouvellement entré en fonction, Claude Forget, reconnait que le processus d'implantation des CLSC a connu des « difficultés de parcours importantes, du moins dans certains CLSC » (Forget, 1974, 5 février, p. 9), sans préciser toutefois la nature de ces « difficultés ». Bien qu'il réitère sa confiance dans le modèle, il minimise le rôle des CLSC comme porte d'entrée principale du réseau et il affirme du même souffle que les cliniques privées jouent un rôle incontournable dans la dispensation des soins primaires :

> Nous sommes intéressés à voir cette formule se répandre, pas cependant comme une formule exclusive ou comme un monopole. [...] Le ministère n'a jamais voulu faire du CLSC la seule formule de distribution de soins primaires. [...] C'est vrai également, à plus forte raison, pour la pratique privée en cabinet par les médecins, soit seuls ou en groupes. Ce n'est pas un monopole, c'est une formule parmi d'autres, mais une formule en laquelle nous continuons d'avoir confiance [...]. (Forget, 1974, 5 février, p. 10)

Le mois suivant, il souligne de nouveau avec insistance le rôle essentiel des cabinets privés et remet en question l'idée – pourtant défendue par Claude Castonguay – d'une intégration progressive de la plupart des médecins dans les CLSC. Il affirme au contraire que les cliniques privées sont une partie intégrante de la première ligne :

> nous ne voulons pas les imposer [les CLSC] à ceux des omnipraticiens qui préfèrent conserver leur mode traditionnel de pratique. De toute façon, il serait futile de le faire à court terme, puisqu'il y a environ 3000 omnipraticiens au Québec. Je ne sais pas où on trouverait tous les CLSC nécessaires pour les intégrer. C'est donc une espèce de chimère que de croire que l'on veut en faire la seule façon de distribuer les soins. Ce n'est pas souhaitable, d'ailleurs même en théorie, puisque cela supposerait que les petites municipalités ou les quartiers où ne peut pas s'implanter un CLSC – puisqu'on ne peut pas en avoir des milliers – seraient dépourvus de soins. Il y a donc un rôle pour le médecin en cabinet qui

> va très probablement durer aussi longtemps qu'on peut prévoir. (Forget, 1974, 19 mars, p. 15)

C'est toutefois durant l'étude des crédits de son ministère en mai 1974, lors de la fronde menée par les députés de son propre parti contre le modèle des CLSC, que les orientations du ministre Forget commencent à se clarifier. Reconnaissant de nouveau à plusieurs reprises les « difficultés » rencontrées dans le processus d'implantation, le ministre évoque pour la première fois la nécessité de suspendre – au moins temporairement – la création de nouveaux CLSC :

> dans le moment, il y aurait un besoin de stabilisation et de mise en place qui ne nous rend pas trop désireux de nous multiplier. Je pense qu'on a besoin d'une période de stabilisation pour mettre en place et faire fonctionner ceux qui existent, leur permettre de s'établir de façon satisfaisante. (Québec, 1974, 14 mai)

À cette occasion, Forget réitère la place incontournable des cliniques privées dans les services de première ligne et va même jusqu'à applaudir au développement parallèle d'un réseau de polycliniques privées :

> Pour ce qui est des cliniques médicales, j'ai indiqué à plusieurs reprises que non seulement nous n'avons pas d'objection à ce qu'il se forme des cliniques médicales, mais qu'on peut même se demander pourquoi il n'y en a pas eu avant aujourd'hui. [...] C'est un développement que j'ai toujours accueilli avec beaucoup de plaisir. (Québec, 1974, 14 mai)

De même, il est de nouveau affirmé très clairement que le ministre renonce une fois pour toutes au projet initial de voir non pas l'ensemble mais du moins la plupart des médecins omnipraticiennes et omnipraticiens s'intégrer dans le réseau des CLSC :

> même si l'ensemble du territoire devait être couvert, dans un certain sens, par les CLSC, il ne s'agirait, en somme, que d'une fraction de la profession médicale et même d'une fraction des généralistes qui seraient regroupés dans ce cadre-là [...]. ce n'est pas l'intention du ministère, ce n'est pas possible ni même concevable, dans un avenir prévisible, que l'on évolue de façon que toute la profession médicale s'inscrive au sein des CLSC. Donc, pour *l'immense majorité* – dans un avenir prévisible – de la profession médicale, qui doit continuer à

> fonctionner en dehors des établissements, il nous paraît absolument souhaitable qu'elle organise sa pratique de manière à donner de meilleurs services [...]. (Québec, 1974, 14 mai)

C'est aussi durant ce débat que le ministre soutient pour la première fois vouloir éviter les « dédoublements de services » entre les CLSC et les cliniques privées pour au contraire favoriser la « complémentarité » entre ces deux types d'établissements :

> Il n'y a pas double emploi, comme on semble parfois le suggérer ; il y a une complémentarité entre les deux qui doit être développée, dont on ne connaît pas encore nécessairement tous les aspects a priori, mais qui fait l'objet de discussion avec la Fédération des omnipraticiens [...]. (Québec, 1974, 14 mai)

Il est intéressant que le ministre considère la FMOQ – il ne mentionne pas les CLSC eux-mêmes – comme son interlocuteur principal dans la « discussion » visant à définir, en vue de leur complémentarité, les rôles respectifs des CLSC et des cliniques privées en matière de dispensation des services de première ligne. Si ces rôles ne sont pas encore clairement établis, on entrevoit déjà que les CLSC seront orientés vers les services préventifs que le secteur privé n'a de toute façon jamais été en mesure de prendre en charge : « D'un autre côté, l'organisation des cliniques n'est pas de nature à résoudre tous les problèmes de santé et, en particulier, n'a jamais été suggérée comme une solution à des problèmes de médecine préventive et de santé publique qui sont importants. » (Québec, 1974, 14 mai)

Par ailleurs, cette insistance sur la nécessité, pour le ministère et les CLSC, d'éviter les dédoublements de services avec le secteur privé conduit à un renversement de perspective par rapport aux positions de Castonguay. Alors que, face au développement éventuel des polycliniques privées, celui-ci souligne l'importance de subordonner ce développement aux grands objectifs de la réforme (voir *supra*, section 8.1.1), c'est désormais le développement rapide des polycliniques qui doit dicter : 1) les zones prioritaires d'implantation des futurs CLSC ; et 2) le rôle éventuel des CLSC dans un

réseau d'établissements de première ligne bientôt dominé par le secteur privé, auquel il s'agit clairement d'éviter de faire concurrence :

> il est évident que notre processus d'implantation est beaucoup plus lent. Les polycliniques vont surgir avant nos centres locaux de services communautaires, comment allons-nous nous en accommoder ? Nous essaierons autant que possible d'éviter les dédoublements et peut-être de rechercher la collaboration, la complémentarité entre les deux établissements. Je n'ai pas de réponse immédiate mais c'est l'esprit dans lequel, je pense, nous travaillerons. [...] Encore une fois, il ne s'agit pas de concurrence, sauf d'une concurrence de bon aloi [...]. (Québec, 1974, 14 mai)

Lors d'une conférence de presse en janvier 1975, Forget confirme ces nouvelles orientations et réitère la nécessité pour les CLSC de ne pas dédoubler les ressources existantes, et notamment de ne pas concurrencer les cliniques privées. Ainsi, le ministre déplore que, dans certaines régions, les CLSC nouvellement créés ont été placés « dans une situation de rivalité avec d'autres institutions ou d'autres groupes » et qu'ils se sont simplement ajoutés aux ressources existantes, même si le ministre reconnait « la nécessité qu'il y a parfois d'y ajouter dans certains districts, dans certaines régions. » (Forget, 1975, 23 janvier, p. 7) La nécessité de ne pas concurrencer les cliniques privées est encore une fois affirmée :

> Cette situation d'être une simple addition a engendrer [sic] des oppositions qui ont été parfois fort remarquées, avec la profession médicale [et aussi avec les centres hospitaliers et les centres de services sociaux]. Il est donc important de situer le CLSC non pas dans une situation de concurrence avec ce qui existe déjà, mais de lui faire jouer encore une fois, le rôle de catalyseur pour toutes ces ressources. (Forget, 1975, 23 janvier, p. 8)

Autrement dit, les CLSC apparaissent de plus en plus clairement comme un programme « complémentaire » ou « supplétif », destiné principalement à pallier aux carences du secteur privé. Il s'agit donc d'orienter les CLSC « dans certaines actions complémentaires » (Forget, 1975, 23 janvier, p. 7-8). Les CLSC apparaissent ainsi de moins en moins comme un programme universel destinés à devenir la principale porte

d'entrée du réseau. D'ailleurs, alors qu'en mai 1974 le ministre Forget considérait encore les CLSC comme « une solution de rechange aux hôpitaux. » (Québec, 1974, 14 mai), il ne semble plus que ce soit le cas quelques mois plus tard. Interrogé par un journaliste sur le rôle éventuel des CLSC pour décongestionner les services d'urgence hospitaliers, le ministre insiste plutôt sur le rôle des cabinets et cliniques médicales privées à cet égard, sans même mentionner les CLSC :

> Pour décongestionner les services d'urgence, nous demandons aux conseils régionaux, en collaboration avec toutes les ressources de leur territoire respectifs, et en particulier en collaboration avec les médecins du territoire, d'organiser une disponibilité permanente et les moyens d'information sur cette disponibilité de services médicaux en cabinets ou en cliniques privées, ou par l'organisation de cliniques externes générales, où les gens peuvent venir sans rendez-vous mais qui soient distinctes physiquement et fonctionnellement des services d'urgence, de décongestionner, donc d'amener les gens ailleurs et de leur donner ces services ailleurs. (Forget, 1975, 23 janvier, p. 11)

On ne peut que constater ici la distance qui sépare cette déclaration des intentions initiales de la réforme. Rappelons en effet que celle-ci visait notamment à répondre aux lacunes graves constatées au niveau de l'organisation des soins de santé généraux, causées principalement par l'incapacité du secteur privé (et en particulier des cabinets médicaux privés) à prendre en charge ces services, notamment parce que les cliniques privées se développent en fonction des préférences des médecins quant à leur lieu de pratique plutôt qu'en fonction des besoins sanitaires de la population. Devant ce constat, un des objectifs centraux de la réforme était de contrer l'hospitalo-centrisme du régime de la santé et la surutilisation coûteuse des ressources hospitalières spécialisées – conséquences directes des carences au niveau des soins généraux – par le développement un réseau complet d'établissement publics de première ligne centrés sur les besoins sanitaires réels de la population. Autrement dit, alors que les CLSC étaient au départ conçus comme le pivot d'une réforme visant à opérer un virage des services hospitaliers spécialisés vers les services généraux de première ligne, ils seront

de moins en moins conçus comme une solution à l'hospitalo-centrisme, qu'on espère désormais trouver du côté… des cliniques médicales privées[545].

En mai 1975, soit un an après l'instauration du moratoire sur la création de nouveaux CLSC, le ministre Forget prononce une allocution au congrès de fondation de la FCLSC, créée en bonne partie, rappelons-le, pour répondre à la menace ressentie par plusieurs de ces établissements quant à leur survie. À cette occasion, le ministre confirme les tendances amorcées depuis son élection vers la redéfinition des CLSC comme programme « résiduel » plutôt qu'universel. Faisant preuve d'un certain révisionnisme, il nie que les CLSC aient été au départ destinés à intégrer la plupart des médecins omnipraticiennes et omnipraticiens, affirmant au contraire que – notamment pour une question de coût – seule une petite minorité d'entre elles et eux est appelé à pratiquer au sein du réseau public :

> Personne, je pense, n'a jamais sérieusement envisagé que l'exercice de la médecine, ni même de la médecine générale, pourrait être substantiellement absorbé [sic] par les C.L.S.C. à cause d'une intégration physique ou administrative de tous les médecins, ou même d'une grande partie d'entre eux, aux C.L.S.C. Aussi loin que puisse se porter mon regard, je ne peux imaginer la disparition de l'exercice de la médecine en cabinet privé pour une partie

[545] La tendance vers la « résidualisation » des CLSC, la volonté d'en faire des établissements « complémentaires » et d'éviter les « dédoublements de services » implique de prioriser l'implantation de CLSC avant tout dans les régions dépourvues de cliniques médicales privées, mais *aussi* dans les régions dépourvues de services hospitaliers et de services d'urgence ; dans un tel contexte, les CLSC ne parviendrons bien sûr jamais à devenir une véritable alternative aux soins hospitaliers. Nous verrons plus loin dans cette section qu'au moment où le gouvernement péquiste consent à parachever le réseau des CLSC en 1981, il le fait en bonne partie dans l'optique d'éviter le recours inutile aux services spécialisés coûteux (cette décision est d'ailleurs prise dans un contexte de restrictions budgétaires importantes sur lequel nous reviendrons au prochain chapitre), sans toutefois remettre en question la tendance à faire des CLSC des établissements « complémentaires » aux autres ressources (privées et publiques). Cette tendance, loin de se résorber par la suite, s'approfondira, réduisant d'autant la capacité des CLSC à devenir le pivot d'un virage vers un réseau centré sur les services de première ligne plutôt que sur les soins hospitaliers. En 1987, la ministre (libérale) Thérèse Lavoie-Roux insistera d'ailleurs – toujours dans une logique de complémentarité – pour que les CLSC n'offrent pas de services d'urgence dans les régions urbaines, déjà pourvues de tels services : « permettez-moi d'insister sur le fait que l'ampleur et l'importance des services devront varier d'un territoire à l'autre en fonction des autres ressources disponibles (cabinets privés, cliniques externes des centres hospitaliers, etc.). […] À titre d'exemple, il ne devrait pas y avoir de services d'urgence en milieu urbain puisque des centres hospitaliers y opèrent déjà. » (Lavoie-Roux, 1987, 29 avril, p. 4-5)

> importante, et même, pour la plupart des omnipraticiens. Je ne vois pas comment, autrement, il serait possible d'assurer une accessibilité physique acceptable aux soins médicaux, à un coût abordable. (Forget, 1975, 3 mai, p. 17-18)

Dans ce contexte, il devient bien sûr inévitable que les cliniques médicales privées jouent un rôle essentiel dans l'organisation des services sanitaires courants de première ligne. De plus, le ministre revient sur la « complémentarité essentielle entre médecine de cabinet et CLSC » (Forget, 1975, 3 mai, p. 19). À cet égard, il insiste sur la nécessité de parvenir à « une meilleure définition des rôles » afin de « réduire le sentiment d'insécurité des partenaires du réseau » (Forget, 1975, 3 mai, p. 17). Plus précisément, il s'agit de *circonscrire* davantage le mandat des CLSC : l'opération bilan, en cours à cette époque, vise ainsi à « identifier des 'activités essentielles' » accomplies par ces établissements. De plus, alors qu'on prévoyait au départ développer un réseau complet de CLSC afin d'en faire la principale porte d'entrée du réseau, on envisage désormais d'implanter des CLSC *uniquement* dans les régions dépourvues de services (c'est-à-dire notamment de cliniques privées) et ce, en fonction des ressources financières disponibles. En effet, après avoir identifié les activités essentielles des CLSC,

> il restera donc à effectuer un inventaire minutieux des services actuellement accessibles dans chaque district et dans l'ensemble du Québec, de manière à faire ressortir clairement les points où il en manque, et par conséquent, les districts où une implantation s'avère nécessaire. Ensuite, la décision dépendra effectivement des ressource qu'il sera possible de dégager et du calendrier qui déterminera quand ces ressources deviendront disponibles. (Forget, 1975, 3 mai, p. 15-16)

Le mois suivant sont publiés les rapports (majoritaire et minoritaire) du comité chargé de « l'opération-bilan ». Fait intéressant, bien que le rapport majoritaire aura pour effet d'accentuer la plupart des tendances amorcées à partir de 1974, et malgré le fait qu'il recommande la poursuite du moratoire durant plusieurs années, il critique la tendance à faire des CLSC des établissements complémentaires ou supplétifs au secteur privé et plaide au contraire en faveur d'une accessibilité universelle à leurs services :

> le CLSC doit viser à long terme une accessibilité de ses services pour toute la population. Ainsi, nous ne concevons pas que le CLSC soit défini exclusivement en complémentarité avec le secteur privé ou encore comme un agent supplétif aux déficiences de ce dernier. [...] Ceci ne signifie pas l'extinction du secteur privé. (Champoux *et al.*, 1975, p. 84)

Dans un document de travail sur les CLSC produit par le MAS dans les suites de l'opération-bilan (MAS, 1975), on revient au discours selon lequel les CLSC doivent être, sinon la principale porte d'entrée, du moins une porte d'entrée importante du réseau socio-sanitaire. Cependant, une section complète du document est consacrée aux « relations avec le réseau public et privé » (alors que le secteur privé est à peine mentionné dans le document d'orientation de 1972 (MAS, 1972b)), dans laquelle on fait un appel à la collaboration avec les ressources privées :

> Dans la plupart des milieux, le centre local de services communautaires est appelé à côtoyer des ressources privées dispensatrices de soins de santé et de services sociaux (cabinets privés, polycliniques, services sociaux...). Il doit prévoir des échanges, développer des mécanismes de collaboration avec ces différents éléments, soit pour faciliter l'accès à des services ou équipements du centre local de services communautaires, ou encore pour assurer la continuité ou la coordination de certains services. (MAS, 1975, p. 16)

Contrairement aux recommandations du rapport majoritaire, et malgré le fait qu'on y affirme que les CLSC sont le « principal point de contact de la population » (MAS, 1975, p. 3), on ne renverse pas dans ce document la tendance à la « résidualisation » des CLSC. Ainsi, on précise que le niveau de ressources consacrées au programme de base de chaque CLSC (c'est-à-dire aux services généraux courants destinés à l'ensemble de la population) doit être ajusté dans chaque milieu en fonction des ressources (dont les ressources privées) déjà disponibles :

> Bien que le noyau d'activité de base doit se retrouver dans tout centre local de services communautaires, il convient toutefois de noter que le volume d'activités et le nombre d'effectifs nécessaire à leur réalisation peut varier selon les besoins du milieu, le bassin de la population et la disponibilité des ressources locales tant publiques que privées. (MAS, 1975, p. 4)

Suite à l'élection du PQ en 1976, et malgré les efforts de consultation qui se traduisent notamment par la publication du document conjoint de la FCLSC et du MAS (document que, rappelons-le, le nouveau ministre Lazure a longuement hésité à entériner), on ne peut parler de changement d'orientation important en ce qui concerne les CLSC. Au contraire, on poursuit la tendance forte à prioriser l'implantation des CLSC dans les quartiers défavorisés ainsi que dans les « zones mal pourvues de services sociaux et de santé » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1), accentuant ainsi les caractéristiques « résiduelles » du programme des CLSC et le rôle complémentaire ou supplétif de ces établissements par rapport au secteur privé : « Les critères privilégiés quant au choix des districts seront l'insuffisance des ressources matérielles et humaines, l'état de santé de la population et l'importance des problèmes sociaux. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 8) Ceci est clairement réitéré par le ministre Lazure dans une allocution présentée en 1977 au congrès spécial de la FCLSC (et prononcée alors qu'il hésite toujours à entériner le document conjoint) : « dans une perspective de complémentarité, c'est plutôt vers les régions éloignées, où les carences sont les plus marquées, que vraisemblablement il nous faudra porter nos efforts d'implantation de nouveaux C.L.S.C. » (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 17). En effet, la complémentarité est clairement présentée, lors de cette allocution, comme étant au cœur de l'orientation que le nouveau ministre souhaite imposer aux CLSC :

> Par rapport aux autres ressources du ministère des Affaires sociales, le C.L.S.C. ne peut exister que dans une perspective de complémentarité et quant à moi, c'est un terme qui va devenir de plus en plus un leitmotiv et la pierre angulaire de votre action concrète – aussi bien que de l'action concrète de chaque autre élément dans le réseau des Affaires sociales. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 11)

Tout comme l'ex-ministre Forget, le ministre Lazure voit la complémentarité comme un moyen d'éviter les dédoublements de services, considérés comme difficilement justifiables dans un contexte de contraintes budgétaires :

> Le dédoublement de services est un luxe que le Québec ne peut pas s'offrir, si l'on vise une juste répartition de nos ressources dans l'ensemble du territoire et auprès des diverses catégories de citoyens. C'est pourquoi je réponds à votre question d'hier que j'entends orienter les C.L.S.C. vers la complémentarité. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 11)

On insiste aussi beaucoup, dans ce document, sur les programmes spécifiques destinés aux groupes à risques (souvent défavorisés) considérés comme prioritaires par le MAS. Nous reviendrons plus en détails sur ces programmes dans la section suivante, mais mentionnons dès maintenant que le document conjoint consacre en effet une tendance déjà amorcée auparavant à trouver la « complémentarité » des CLSC par rapport aux cliniques privées dans le développement de programmes de prévention précis destinés à des populations ciblées[546]. En accordant une attention croissante à ce type de programme, les CLSC se présentent comme offrant de manière « supplétive » des services qui, contrairement aux services de santé généraux destinés à l'ensemble de la population, sont peu susceptibles d'être développés par le secteur privé parce que non rentable dans le cadre d'un système de rémunération à l'acte. Cette tendance s'accompagne également d'un encadrement accru des CLSC par le ministère, qui définit les groupes prioritaires et impose des contrôles importants au niveau des programmes spécifiques (voir la section suivante).

Et si les CLSC ont effectivement un rôle à jouer dans la dispensation de services courants généraux (programme de base), nous avons vu que c'est principalement dans les zones délaissées par les cliniques privées – comme les zones rurales dont la densité de population ne permet pas, encore une fois, une pratique médicale rentable dans le cadre d'un système de rémunération à l'acte – qu'on prévoit le développement de ce type de services. Les CLSC évitent ainsi les dédoublements de services (et la

---

[546] Il semble que le document officiel d'orientation publié par le MAS en 1976 mais rejeté par la FCLSC (et ensuite écarté par le PQ) faisait déjà la part belle à ce type de programmes. Selon Bourque, ce document, bien qu'il réitère l'importance des services courants, met aussi l'accent « sur le maintien à domicile et sur des programmes visant à rejoindre des groupes à risques prioritaires. » (Bourque, 1988, p. 50)

concurrence au secteur privé) mais, ce faisant, s'éloignent d'un programme à portée universel pour s'apparenter de plus en plus à un programme de type résiduel et supplétif, destiné aux populations défavorisées ou mal desservies par le secteur privé. En effet, comme dans le document de travail de 1975, on réitère dans le document conjoint de 1977 l'importance d'éviter la concurrence et de favoriser la collaboration avec le secteur privé :

> La coexistence de cabinets privés et d'un C.L.S.C. dans le même district risque d'engendrer des problèmes s'ils se perçoivent et agissent comme des concurrents. Il est pourtant possible qu'ils collaborent et qu'ils s'associent pour rendre de meilleurs services à la population. En plus d'avoir à son emploi des médecins à plein temps, le C.L.S.C. peut s'entendre avec des médecins qui exercent en cabinets privés pour qu'ils consacrent un certain nombre d'heures ou de jours par semaine au C.L.S.C. Plusieurs formes de collaboration peuvent être explorées par le C.L.S.C. et les cabinets privés de médecins dans le but d'accroître l'accessibilité aux services médicaux. (FCLSC et MAS, 1977, p. 7)

Ainsi, cette volonté réaffirmée d'orienter les CLSC vers la complémentarité et d'éviter les dédoublements de services avec le secteur privé n'est pas sans conséquences. En témoigne le fait que même si on affirme dans le document conjoint que le CLSC « joue un rôle de toute première importance » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1) dans le réseau socio-sanitaire, on ne conçoit plus ici les CLSC comme la principale porte d'entrée du réseau. Dans son allocution au congrès de la FCLSC, le ministre est encore plus clair et parle désormais de *portes d'entrées multiples* au réseau socio-sanitaire :

> Des C.L.S.C. rendent service aux québécois là où ils apportent à la population des bienfaits auxquels elle n'avait pas accès et pour lesquels elle paie. C'est pourquoi ce critère de complémentarité devrait guider le développement des C.L.S.C. Les portes d'entrée du réseau sont multiples : c'est souvent l'intérieur de cette grande maison qui est mal équipée, de sorte que la complémentarité me paraît la voie la plus réaliste, dans l'état actuel de notre réseau. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 12-13)

En 1981 est publié par le MAS un document qui semble annoncer un changement d'orientation important au sujet des CLSC. Levant le moratoire qui pèse sur ces

établissements depuis 1974, ce document annonce en effet officiellement le parachèvement du réseau des CLSC, qu'on prévoit étendre à l'ensemble du territoire de la province :

> Le ministère des Affaires sociales du Québec officialise dans le présent document son intention formelle de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) de manière à doter l'ensemble du territoire du Québec d'un système global et généralisé de services publics de première ligne en matière de santé et de services sociaux. (MAS, 1981, p. I)

Avec cette annonce, on parait donc revenir à l'idée de développer un réseau complet d'établissements publics de première ligne à partir des CLSC. Cependant, il est clair qu'on ne prévoit pas ici faire des CLSC la principale porte d'entrée du réseau, et encore moins y intégrer la plupart des médecins de famille. Ce document détaille en effet la répartition des 160 CLSC prévus pour l'ensemble du Québec et annonce le découpage du territoire québécois en 160 districts plus ou moins densément peuplés selon les régions (rurales ou urbaines). Or, on prévoyait en 1972 un tissage beaucoup plus serré du territoire, ce qui était bien sûr cohérent avec l'intention de faire des CLSC la principale porte d'entrée du réseau. Ainsi, le document d'orientation de 1972 fixe les bassins minimums de population pour l'implantation d'un CLSC à 10 000 personnes dans les régions rurales et à 30 000 dans les régions urbaines (MAS, 1972b, p. 16)). De plus, le document précise :

> Il importe aussi d'évaluer la distance à parcourir pour atteindre les différents points de distribution en fonction du temps et des facilités de transport [...]. Le ministère reconnaît qu'une durée maximale de 30 minutes constitue une norme acceptable pour le déplacement des malades entre le lieu de résidence ou de travail et la plus proche unité de soins généraux. (MAS, 1972b, p. 17)

Le document de 1981 ne fixe pas de tels objectifs. Et l'analyse des districts prévus montre que même dans les régions les plus éloignées, la moyenne de population par district dépasse largement les 10 000 personnes. La région la moins populeuse (sur la Côte-Nord et la Basse-Côte-Nord) a une moyenne de près de 13 000 habitantes et

habitants par district (ceci ne concerne que dix districts). Les deux autres régions les moins populeuses atteignent respectivement une moyenne de plus de 15 000 (Nord-du-Québec) et de plus de 17 000 (Gaspésie) personnes par district. Inversement, les régions les plus populeuses (qui concernent aussi la majorité des districts) ont en moyenne plus de 40 000 habitantes et habitants par district, avec 19 districts montréalais dépassant une moyenne de 55 000 personnes et 33 autres dépassant une moyenne de 60 000 personnes. Près d'une quinzaine de districts regroupent même plus de 80 000 habitantes et habitants, trois d'entre eux allant jusqu'à plus de 100 000 personnes. Dans ce contexte, et alors que plusieurs centaines de cliniques médicales privées couvrent alors le territoire du Québec, il est clair que les 160 CLSC prévus ne pourront jouer, en ce qui concerne l'accès aux services sanitaires courants, qu'un rôle résiduel ou supplétif par rapport au secteur privé[547].

De plus, le document n'offre pas de nouvelle définition ni n'attribut de nouveaux rôles aux CLSC ; il reprend plutôt telle quelle la définition adoptée dans le document rédigé en collaboration avec la FCLSC (MAS, 1981, p. 1). C'est donc dire que le modèle des CLSC mis de l'avant dans le document conjoint de 1977 – et axé sur la « complémentarité » des CLSC par rapport au secteur privé – est celui que l'on prévoit généraliser à l'ensemble du territoire :

> L'objectif de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires s'inscrit donc dans la continuité de la réorganisation des services de santé et des services sociaux dont certains projets demandent à être complétés de manière à

[547] D'autant plus que le parachèvement ne se réalisera finalement pas dans les conditions prévues par le document de 1981, signe que la tendance à la « résidualisation » des CLSC s'accentue au cours des décennies suivantes : Thérèse Lavoie-Roux (Parti libéral), nommée ministre de la Santé et des Services sociaux en 1986, décidera en 1987 de fusionner plusieurs districts de CLSC, après avoir décrété durant quelques mois un (nouveau) moratoire sur le parachèvement du réseau des CLSC. Une des conséquences de ces fusions est que « le MSSS a augmenté de façon très importante le bassin de population desservi par chacun des CLSC visés [...] pour atteindre une moyenne supérieure à 100 000 personnes en milieu urbain. » (Bourque, 1988, p. 44) Comme nous le verrons rapidement en conclusion, des fusions d'établissements (y compris entre établissements aux missions diverses) se produiront également à ce moment et à plusieurs autres reprises par la suite.

> permettre une coordination et une complémentarité accrues des services socio-sanitaires. (MAS, 1981, p. 6)

Et en effet, le document de 1981 insiste lui aussi fortement sur la vocation complémentaire des CLSC ainsi que sur les programmes spécifiques destinés aux groupes considérés par le ministère comme prioritaires parce que plus vulnérables. Ce document est aussi marqué, peut-être encore plus que les précédents, par une forte préoccupation pour la réduction des coûts dans le réseau socio-sanitaire. On espère en effet, par le parachèvement du réseau des CLSC, réduire le recours aux services spécialisés « dont les coûts sont de plus en plus élevés et onéreux » (MAS, 1981, p. 7) :

> Les intentions formelles du ministère des Affaires sociales sous-jacentes à ce document de politique sont de privilégier des objectifs d'accessibilité aux soins et de complémentarité des services, de permettre partout au Québec des services de base dans l'optique précise de minimiser le recours aux services lourds tels que l'hospitalisation et le placement en centre d'hébergement ou de réadaptation. (MAS, 1981, p. 7)

L'insistance du ministère sur l'importance de développer des programmes spécifiques destinés prioritairement aux groupes jugés vulnérables s'inscrit également dans cette optique visant à terme une réduction des coûts. Le ministère cible en effet certains groupes peu susceptibles d'être pris en charge par le secteur privé afin d'éviter le recours par ces personnes aux services spécialisés : le parachèvement du réseau des CLSC vise ainsi à « répondre aux besoins urgents et non satisfaits de populations plus sujettes, à cause de leur vulnérabilité, à utiliser des services lourds » (MAS, 1981, p. 8).

Au moment où le ministère annonce officiellement son intention de compléter le réseau des CLSC, il n'est donc plus question de faire des CLSC la principale porte d'entrée du réseau socio-sanitaire, comme en témoigne le nombre relativement restreint de CLSC prévus et la vocation résolument « complémentaire » que le document de 1981 continue d'attribuer à ces établissements. C'est une des caractéristiques importantes du modèle initial des CLSC qui est ainsi abandonnée, avec pour conséquence que les

CLSC ne parviendront pas à devenir, comme prévu à l'origine, les vecteurs d'une remise en question de l'hospitalo-centrisme et d'un virage vers un système centré d'abord sur les services de première ligne. Bien sûr, on persiste à souligner le rôle important des CLSC dans la dispensation des services de santé et des services sociaux courants (et donc des services généraux normalement destinés à l'ensemble de la population) et on réaffirme dans le document de 1981 la volonté de faire des CLSC une alternative aux services hospitaliers et autres services spécialisés (notamment les ressources d'hébergement).

Cependant, la nécessaire « complémentarité » des CLSC et la volonté d'éviter les dédoublements de services avec les autres ressources socio-sanitaires (dont les ressources privées et les ressources hospitalières) ainsi que l'importance accordée aux programmes spécifiques (et donc aux programmes visant des populations-cibles considérées comme vulnérables) situent clairement les CLSC en marge du réseau sanitaire. Avec pour résultat que celui-ci apparaît largement dominé par les cliniques médicales privées et les centres hospitaliers et ce, malgré la volonté réaffirmée dans le document de 1981 d'éviter, grâce au parachèvement du réseau des CLSC, l'utilisation inutile des services lourds et spécialisés, beaucoup plus coûteux. Ainsi, plutôt que d'être conçu avant tout comme un programme universel destiné à l'ensemble de la population, les CLSC apparaissent de plus en plus comme un programme de type résiduel, voué à suppléer aux carences du secteur privé.

8.2.2 Vers la bureaucratisation des CLSC : le déclin de l'autonomie et de la participation populaire

Tout comme le processus de « résidualisation » des CLSC décrit ci-haut, le déclin de la participation ne sera pas le résultat d'une remise en question directe de la part du ministère ; au contraire, celui-ci réitérera à plusieurs reprises son attachement au

principe de la participation citoyenne au sein des CLSC. Et bien que des modifications législatives diminueront effectivement, en 1974 et en 1981, le poids des usagères et des usagers au sein des CLSC, le recul de la participation sera avant tout « l'effet secondaire » d'une tendance forte à la bureaucratisation des CLSC. Cette bureaucratisation se manifeste : 1) dans la multiplication des instance administratives (centrales et régionales) chargées d'encadrer les CLSC ; 2) dans un resserrement des contrôles bureaucratique des activités des CLSC, notamment par le biais d'exigences en matière de reddition de compte (évaluation de la performance, production de statistiques à partir d'indicateurs déterminés par le ministère, etc.) ; et 3) dans la centralisation de la définition des programmes sur la base d'orientations et de priorités déterminées au niveau national (et, dans une moindre mesure, régional).

Cette bureaucratisation aura évidemment comme conséquence une diminution importante de l'autonomie des CLSC (et donc des pouvoirs réels de leurs conseils d'administration élus) dans la détermination de leurs priorités, de leurs orientations et de leurs programmes. Bien qu'il défende dans un premier temps la grande liberté laissée aux CLSC durant leurs premières années d'implantation, le MAS entreprend dans les faits à partir de 1974 un processus qui conduira à un contrôle bureaucratique de plus en plus étroit des activités des CLSC par les fonctionnaires du ministère et des CRSSS, contrôle qui mènera à terme à un déclin de la participation citoyenne au sein de ces établissements.

À cet égard, il est intéressant de mentionner que le ministre Forget lui-même pose l'encadrement bureaucratique accru des CLSC comme antinomique avec la participation populaire. Pour cette raison, il refuse d'ailleurs, dans un premier temps, d'intervenir de manière bureaucratique pour faire face aux « difficultés » rencontrées dans le processus d'implantation :

> Il y a des difficultés ; nous ne les cachons pas. Dans quelle mesure nous pouvons intervenir de façon autoritaire, si vous le voulez, ou bureaucratique pour régler

> les difficultés d'implantation ? Nous estimons très peu. Dans la mesure où nous croyons véritablement à la participation de la population à ces formules, je pense qu'il y a un apprentissage de la participation à faire. (Forget, 1974, 5 février, p. 10)

Néanmoins, dès mai 1974 le ministre commence à remettre en question la très grande liberté laissée aux CLSC dans la définition de leurs priorités et de leurs orientations :

> Probablement que si l'on faisait une histoire très détaillée du cheminement de cette implantation des CLSC, on découvrirait que, dans un effort de ne pas diriger, le ministère peut-être, initialement au moins, s'est abstenu, de façon extrême, de préciser les contenus et de préciser les orientations minimums qui devaient se trouver réunis, justement dans le but de permettre un ajustement aux réalités et aux besoins, tels qu'ils sont exprimés au moins par les groupes qui assument la promotion ou le développement de ces ressources. (Québec, 1974, 14 mai)

Dans ce contexte, il évoque la nécessité d'un meilleur encadrement des CLSC afin de s'assurer, notamment, que leurs activités correspondent aux priorités régionales :

> Mais nous sommes conscients du besoin d'ajuster ces structures nouvelles à des besoins régionaux. Donc, c'est un équilibre difficile à réaliser entre une souplesse et, en même temps, un changement véritable dans une direction qui doit quand même correspondre à des objectifs assez bien déterminés ; sinon on n'aura rien réussi en fin de compte. (Québec, 1974, 14 mai).

Et de fait, avec l'arrivée de Claude Forget à la tête du MAS sont entreprises des démarches au sein du ministère afin d'assurer un meilleur encadrement des chargées de projet et des chargés de projet responsables des CLSC[548]. À partir de la fin de 1973,

---

[548] Il est intéressant de noter que le rapport majoritaire du comité responsable de « l'opération-bilan » publié à l'été 1975 est particulièrement critique à l'égard du rôle joué par les chargées de projet et les chargés de projet du ministère lors du processus d'implantation des CLSC : « Les uns se sont faits les défenseurs acharnés des projets issus du milieu, allant même jusqu'à s'opposer au Ministère. D'autres tendaient à orienter la démarche du groupe promoteur ou bien selon certaines vues gouvernementales ou bien selon des perspectives personnelles fondées sur leur formation académique et/ou sur leur expérience. [...] on peut facilement déduire qu'ils ne jouaient pas un rôle d'agent du Ministère chargé de surveiller le respect d'orientations convenues. [...] Ils ont souvent mené leur action en parallèle avec le réseau et parfois en opposition avec les autres établissements. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 48-49)

des rencontres fréquentes sont ainsi organisées entre ceux-ci et des représentantes et des représentants du ministère (dont le sous-ministre et le ministre lui-même) :

> Notre ministre, très tôt après avoir pris charge de son ministère, a demandé à rencontrer le groupe de l'action communautaire, avant je crois tous les autres chargés de programmes et on en a beaucoup chez nous. Également le sous-ministre, le chef du service de l'action communautaire et moi-même, depuis trois mois, rencontrons régulièrement nos chargés de projet. (Québec, 1974, 14 mai)

À noter que cette volonté d'encadrement des chargées de projet et des chargés de projet concerne avant tout les responsables de l'action communautaire. Une tendance semblable se produit au niveau du choix des directrices et des directeurs généraux de CLSC. Lesemann souligne qu'à partir de 1974-1975, le ministère interviendra de manière plus directe afin de favoriser l'embauche, au sein des CLSC, de DG orientés vers l'administration plutôt que vers l'animation sociale et l'action communautaire :

> Le ministère estime que pour la plupart, [les DG de CLSC] n'ont pas la compétence que leur poste requiert. Ainsi annonce-t-il qu'il entend désormais être représenté aux jurys de sélection afin de favoriser de 'meilleurs choix', et rendre les salaires attrayants et compétitifs pour pouvoir bénéficier d'un personnel mieux formé. (Lesemann, 1979, p. 13)[549]

Cette tendance vers l'embauche de DG « gestionnaires » plutôt que « communautaires » est aussi attestée par le rapport majoritaire de l'équipe bilan :

> Les conseils d'administration axés sur le développement social et l'action communautaire recherchent avant toute autre qualité chez les candidats à la direction générale une aptitude conforme à ces objectifs. La tendance à chercher des directeurs généraux gestionnaires et formés dans les sciences de l'administration est relativement nouvelle. (Champoux *et al.*, 1975, p. 55)

---

[549] Nous avons vu que la présence d'une représentante ou d'un représentant du ministère sur les comités chargés de l'embauche des DG est prévue par règlement depuis 1972. Peut-être le ministère ne se prévalait-il pas systématique de cette prérogative avant les années 1974-1975.

En même temps que ce virage vers la « professionnalisation » des DG est adoptée en 1974 la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 41) qui donne davantage de pouvoir aux DG au sein des établissements publics du réseau (dont les CLSC) : alors que les DG siégeaient auparavant sur le conseil d'administration avec voix consultative seulement, la loi 41 leur accorde le droit de vote (Loi 41, art. 8). Dans une allocution présentée au congrès annuel de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux, le ministre Forget souligne d'ailleurs que cette loi vise notamment à rehausser le statut des DG au sein des établissements : « Comme vous le savez, l'un des effets de ce projet de loi est d'apporter une définition nouvelle du statut du directeur général comme membre à part entière des Conseils d'administration des établissements d'affaires sociales. » (Forget, 1974, 26 septembre)

Plus largement, on peut constater à partir de 1974 une volonté du ministère de centraliser l'élaboration des programmes et donc de laisser moins d'autonomie aux CLSC à cet égard (et donc moins de place pour la participation citoyenne). Selon Lesemann, ceci ressort déjà clairement des comptes rendus des rencontres entre les autorités du MAS et ses chargées de projet et chargés de projet[550] :

> Les représentants du ministère insistent également pour que soit abrégée la phase d'implantation et de définition des besoins, accélérée la distribution des services à la population. Il appartient au ministère de définir les programmes, la population pouvant être consultée sur l'ordre des priorités à accorder à la mise en marche des différents éléments de programmes ; 'une participation plus intense est une illusion'. (Lesemann, 1979, p. 13)

Cette volonté se reflète dans la loi de 1974, qui accorde davantage de pouvoir au ministère et réduit celui des conseils d'administration des établissements. La loi 41 accorde ainsi de nouveaux pouvoirs de contrôle et de vérification au ministre, tant sur

---

[550] Lesemann a analysé le *Compte-rendu des réunions avec les chargés de projet* du 29 novembre 1973, du 5 février 1974 et du 29 mars 1974. Il a malheureusement été impossible d'avoir directement accès à ces documents.

le plan budgétaire qu'organisationnel (Loi 41, art. 58 et 59). Notamment, la loi prévoit que chaque établissement devra désormais préparer et faire approuver par le ministre un plan d'organisation : « Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que tout autre élément exigé par la loi ou les règlements. » (Loi 41, art. 18) Ceci officialise une pratique que le ministère avait amorcée en janvier 1973 et mise en œuvre à partir de janvier 1974 et sur l'importance de laquelle le ministre Forget insiste lors de son une allocution au congrès de l'Association des directeurs généraux :

> L'opération 'Plan d'organisation', amorcée en janvier 1973 par le ministère des Affaires sociales, est en bonne voie de réalisation. Après la diffusion, aux établissements, d'un guide relatif à l'élaboration des plans d'organisation et la tenue des séances d'information en coopération avec les associations des établissements, le ministère reçoit, étudie et approuve des plans depuis janvier 1974. (Forget, 1974, 26 septembre).

Inversement, la loi 41 signifie une réduction des pouvoirs des conseils d'administration : alors que la loi de 1971 prévoyait que le CA de chaque établissement « a autorité complète sur la gestion de l'établissement » (LSSSS, art. 49), ce passage est supprimé dans la loi 41 (art. 21). De plus, la loi de 1974 circonscrit encore davantage le droit de regard des conseils d'administration élus sur la pratique des médecins et des autres professionnelles et professionnels en précisant que « les dossier et les procès-verbaux du conseil consultatif du personnel clinique de même que les dossiers et les procès-verbaux du conseil des médecins et dentistes et de chacun de leurs comités sont confidentiels et nul ne peut en prendre connaissance » (art. 39), à l'exception des ordres professionnels concernés.

Dans son rapport annuel 1974-1975, le Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF) dénonce d'ailleurs cette altération des pouvoirs des conseils d'administration (notamment en ce qui concerne l'article 21) et manifeste son inquiétude face aux pouvoirs accrus accordés au ministre par le projet de loi :

> L'utilisation technocratique de ces pouvoirs risque de rendre impossible toute autonomie et insertion des établissements dans leur milieu. Dans ce sens, un tel projet conduit à une institutionnalisation qui s'oppose à l'objectif d'humanisation et de participation. [...] La substitution aux règlements de normes législatives et les pouvoirs de réglementation accordés au gouvernement et au Ministre dans le projet de loi 41 privent les citoyens et les conseils d'administration d'un droit acquis de représentation et ouvrent la voie à une centralisation accrue. (CASF, 1975, p. 48-49)

Le CASF s'inquiète particulièrement des conséquences du projet de loi sur la participation : « Les membres du Conseil des Affaires sociales et de la famille désirent manifester leur inquiétude et leurs appréhensions devant le recul possible que peut faire subir à la participation le projet de loi 41. » (CASF, 1975, p. 48) De fait, la loi 41 tend à réduire le pouvoir des simples citoyennes et citoyens au profit d'un pouvoir accru pour les professionnelles et les professionnels – en particulier les médecins[551]. Cette tendance se manifeste dans l'article 39, mais surtout dans le fait que la loi 41 réduit le poids relatif des usagers et des usagères sur le conseil d'administration des CLSC en ajoutant un siège destiné aux médecins (et en accordant le droit de vote au DG) (Loi 41, art. 23). En effet, les médecins acquièrent sur le CA des CLSC un siège réservé, distinct de celui réservé aux autres professionnels du centre, et dont le représentant ou la représentante sera désigné par le conseil des médecins et dentiste désormais prévu dans les CLSC[552]. Ainsi, alors que les usagers représentaient dans la LSSSS de 1971 5

---

[551] Il est intéressant de souligner que ceci correspond au point de vue exprimé par un représentant ou une représentante du ministère lors d'une des rencontres avec les chargées de projet et les chargés de projet : « 'la participation ne doit pas impliquer uniquement des défavorisés, mais aussi des hommes d'affaires, des professionnels' » (cité dans Lesemann, 1979, p. 13).

[552] Rappelons que la loi de 1971 ne prévoyait pas dans les CLSC la constitution automatique d'un conseil des médecins et dentistes (ni d'ailleurs d'un conseil consultatif des professionnels), et qu'elle réservait sur le conseil d'administration un seul siège pour l'ensemble des professionnels de l'établissement, incluant les médecins et dentistes. Or, la loi 41 impose désormais la constitution automatique d'un « conseil consultatif du personnel clinique » (art. 36) dans tous les établissements (y compris les CLSC), mais aussi d'un conseil des médecins et dentistes dans les établissements où pratiquent au moins trois médecins ou dentistes (art. 38). De plus, le ministre Forget envisage quelques mois plus tard *d'accorder aux médecins qui pratiquent en clinique privée la possibilité de siéger sur le conseil des médecins et dentistes du CLSC de leur territoire* : « Un amendement à Loi sur les services de santé et les services sociaux, voté l'automne dernier [il s'agit de la loi 41], a permis de constituer un conseil de médecins et de dentistes au sein d'un C.L.S.C. Nos propositions à la F.M.O.Q., dans les négociations en cours, visent

membres sur 11 au conseil d'administration des CLSC (12 si on compte le DG qui n'y siégeait qu'avec voix consultative), ils comptent désormais pour 5 membres sur 13.

De plus, la loi 41 augmente également le poids des professionnelles et des professionnels (et en particulier des médecins) sur le comité administratif, composé de cinq personnes désignées parmi les membres du conseil d'administration. Alors que la loi de 1971 prévoyait sur le comité administratif un seul siège réservé au personnel professionnel (incluant les médecins), la loi 41 assure un siège aux médecins en plus du siège réservé aux autres professionnelles et professionnels de l'établissement. Et alors que la loi de 1971 assurait une majorité aux personnes non-professionnelles en limitant à deux le nombre de professionnelle ou de professionnel (incluant les médecins) pouvant siéger au comité administratif, il est désormais possible avec la loi 41 que jusqu'à quatre professionnelles et professionnels (deux médecins et deux autres professionnelles ou professionnels) siègent sur le comité administratif (Loi 41, art. 32).

Mentionnons enfin que dans sa première version, le projet de loi proposait de réduire le quorum des assemblées d'élection des membres usagères et usagers du conseil d'administration des établissements à 50 personnes plutôt que 100 (MAS, 1974). Comme l'explique Forget dans une conférence de presse, il s'agissait d'éviter que les membres usagères et usagers des conseils d'administration ne soient trop souvent nommés par les CRSSS, surtout pour les petits établissements :

> on parle du quorum pour diminuer les exigences à 50 personnes. On veut quand même éviter que ne s'applique trop fréquemment la règle en vertu de laquelle les conseils régionaux font les nominations. La règle de 100 membres, comme elle s'applique à tous les établissements, est très exigeante dans le cas de petits établissements, surtout dans les régions où la population est dispersée. Cela fait beaucoup de monde. C'est une tentative, encore une fois, pour favoriser

---

à permettre à tous les médecins du territoire desservi par le C.L.S.C., et qui le désirent, de faire partie de ces conseils, de manière à établir un cadre de concertation pour tous ceux qui sont engagés dans la prestation des services médicaux de première ligne, qu'ils soient ou non directement associés au C.L.S.C. » (p. 19-20)

> l'expression même timide d'une véritable participation, puisqu'il s'agit de l'encourager au départ, plutôt que de la décourager. (Forget, 1974, 24 juillet, p. 8)

Or, alors que les CLSC font certainement partie des « petits établissements » auxquels réfèrent le ministre, la version finale de la loi 41 retiendra cette modification *pour tous les types d'établissements sauf les CLSC* : « Le quorum à une assemblée est de cent personnes dans le cas d'un centre local de services communautaires et de cinquante personnes dans le cas d'un établissement d'une autre catégorie. » (Loi 41, art. 28) Autrement dit, la volonté de favoriser une « véritable participation » ne semble finalement plus s'appliquer aux CLSC.

Les premiers efforts d'encadrement des CLSC mentionnés plus haut seront suivis à partir de 1975 de plusieurs autres, qui conduiront à une bureaucratisation grandissante des rapports entre le ministère et les CLSC. Alors que dans les premières années ces contacts se font pour l'essentiel par l'intermédiaire de la douzaine de chargées de projet et de chargés de projet embauchés par le ministère en vue de l'implantation des CLSC, le ministère se dote en 1975 d'une Direction des établissements de services communautaires entièrement consacrée à l'encadrement des CLSC. Comme le souligne clairement le ministre Forget lors de son allocution au congrès de fondation de la FCLSC, la création de cette nouvelle entité signifie une intervention accrue du ministère dans la définition du modèle et dans les activités des établissements : « S'appuyant sur les données recueillies, la nouvelle direction s'est fixé comme double objectif de préciser l'identité du C.L.S.C. et de l'intégrer davantage au réseau de distribution des services sociaux et de santé. » (Forget, 1975, 3 mai, p. 3) C'est d'ailleurs cette instance qui sera à l'origine du document de travail de 1976 (Pilon, 1976) visant à préciser d'en haut la définition de l'action communautaire pour la faire correspondre de manière plus étroite à la conception du ministère et en évacuer les aspects les plus politiques (nous y reviendrons dans la prochaine section).

Le ministre insiste aussi lors de cette allocution sur la nécessité d'assurer, notamment par le biais de la nouvelle direction, une plus grande « participation gouvernementale » au sein des CLSC : « L'orientation d'un organisme tel que le C.L.S.C. est donc inévitablement influencée par la participation gouvernementale. Son fonctionnement est également marqué par cette participation. » (Forget, 1975, 3 mai, p. 6) Le ministre est par ailleurs parfaitement conscient que cet encadrement accru par le ministère signifie une réduction de l'autonomie des CLSC et une atteinte à la participation populaire : « Mais, me dira-t-on, que reste-t-il alors de l'autonomie des C.L.S.C. ? Le gouvernement veut-il placer les C.L.S.C. en tutelle ? Comment croire à la réalité de la participation dans un tel contexte ? » (Forget, 1975, 3 mai, p. 6) Et alors qu'il défendait en 1974 la nécessité d'éviter les interventions « autoritaires » ou « bureaucratiques » afin de favoriser la plus grande autonomie possible pour les CLSC (et donc une participation citoyenne réelle), il soutient désormais que puisqu'il s'agit d'un programme public, l'autonomie et la participation au sein des CLSC ne peuvent qu'être limités :

> Dans un programme public, comme celui des C.L.S.C., l'État définit les objectifs du programme et fournit les moyens pour le réaliser. La responsabilité que l'État délègue porte donc sur l'utilisation de ces moyens pour atteindre de tels objectifs. Ayant délégué la responsabilité, il lui faut déléguer les pouvoirs nécessaires aux C.L.S.C. pour l'assumer. C'est une autonomie circonscrite mais néanmoins réelle. C'est dans ce contexte que s'inscrit la participation. (Forget, 1975, 3 mai, p. 7)

Dans le mois suivant cette allocution du ministre sont publiés les rapports de l'opération-bilan. Le rapport majoritaire critique sévèrement le ministère, auquel il reproche principalement son manque d'encadrement et de contrôle des CLSC dans le processus d'implantation :

> À notre avis, un des grand [sic] torts du Ministère dans la mise en place des premiers CLSC a été de ne pas définir clairement le champ d'intervention qu'ils devaient couvrir et la situation du CLSC par rapport aux autres établissements du réseau. Le ministère a voulu que le milieu s'ajuste à lui-même et qu'il répartisse

> de lui-même les secteurs de juridiction. C'était sans doute une intention fort louable, mais illusoire, d'autant plus que le Ministère ne s'était pas donné les moyens adéquats pour surveiller cette évolution rapide et en ajuster les diverses composantes. (Champoux *et al.*, 1975, p. 46-47)

Le rapport reconnait les efforts d'encadrement déployés par le ministère au cours des mois précédents, mais les trouve insuffisants :

> Ce n'est que depuis les récents mois seulement – et encore sans cohérence évidente – que le Ministère a pris une attitude coercitive dans les décisions d'orientation des CLSC en contrôlant de façon plus rigide l'octroi des budgets et des effectifs en regard des programmes projetés. Antérieurement, le MAS accordait largement foi aux orientations proposées par l'établissement et ne faisait peu ou pas d'obstruction dans l'attribution des ressources demandées. (Champoux *et al.*, 1975, p. 47)

Clairement, le document de travail sur les CLSC produit par le MAS dans les suites de l'opération-bilan prend acte de ces critiques (MAS, 1975). Ce document reflète en effet une volonté de resserrer la définition des CLSC et d'intervenir davantage dans l'orientation de ces établissements :

> suite à cet effort d'évaluation, le ministère entend apporter certains correctifs ou réajustements concernant les orientations et la mise en œuvre de centres locaux de services communautaires. Le présent document reflète la position du ministère visant à préciser les fonctions de ces établissements et les moyens envisagés pour faciliter leur bon fonctionnement et leur mise en opération. (MAS, 1975, p. 1)

On souhaite notamment que s'instaure, au niveau de la gestion des CLSC, « système de collecte et de transmission d'information sur les activités de l'établissement » (MAS, 1975, p. 11) Cette volonté d'encadrement se manifeste également par l'importance nouvelle accordée à l'évaluation du « rendement » et des « résultats » des divers programmes des CLSC :

> Le centre local de services communautaires doit se préoccuper d'une façon toute particulière de l'évaluation de la qualité des services offerts (compétence du personnel, rendement dans l'exécution des tâches, qualité des actes posés,

> méthodes d'intervention…) et de leur impact sur le milieu (évaluation des résultats). (MAS, 1975, p. 11)

En particulier s'amorce ici une tendance à l'encadrement accru des programmes spécifiques. On insiste notamment sur la nécessité de définir précisément les objectifs de ces programmes et d'être en mesure de les évaluer. Alors qu'on concevait au départ les programmes spécifiques comme devant répondre aux besoins particuliers (locaux) de chaque milieu, on constate désormais une volonté de les subordonner aux priorités régionales ainsi qu'à celles définies d'en haut par le ministère :

> Ces programmes, dont la durée devra être précisée, exigent que les besoins soient bien identifiés, que les objectifs opérationnels et les critères d'évaluation du programme soient clairement définis. La mise sur pied de tels programmes, bien qu'elle origine principalement du milieu, devra tenir compte des priorités désignées tant au niveau régional, de concert avec le Département de santé communautaire ou le Centre de services sociaux, qu'au niveau provincial, par le ministère des Affaires sociales. (MAS, 1975, p. 10)

Tout indique que ces tendances sont confirmées dans le premier document officiel d'orientation publié par le MAS depuis celui de juin 1972 (MAS, 1976)[553]. En effet, selon Bourque, une des raisons expliquant le rejet de ce document par la FCLSC est que le ministère tente d'y imposer une conception du CLSC et de ses activités qui ne correspond pas à celle mise de l'avant par les CLSC eux-mêmes : « Les principales divergences avaient trait à la définition même du CLSC, à la conception de sa mission et de son rôle, à la nomenclature des activités et des programmes » (Bourque, 1988, p. 51). De plus, la FCLSC y voit une atteinte à « l'autonomie des conseils d'administration des CLSC » (Bourque, 1988, p. 51), sans compter la conception – problématique du point de vue de la FCLSC – du rôle de l'action communautaire qui ressort du document (nous y reviendrons dans la prochaine section).

---

[553] Rappelons qu'il a malheureusement été impossible de consulter directement ce document et que nous n'y avons accès que par le biais de sources de seconde main (Bourque, 1988).

En octobre 1976, soit deux mois après la publication du document d'orientation litigieux, le ministère annonce de nouvelles modalités d'encadrement des CLSC :

> le ministre Forget annonce, en octobre 1976, que le M.A.S. confiera aux C.R.S.S.S. certaines activités concernant les C.L.S.C. Cette décision, qui avait été suggérée au ministre par le rapport majoritaire de l'équipe Bilan, surprend un peu tous les intervenants, à commencer par les C.L.S.C. eux-mêmes. (Labrie et Lemieux, 1979, p. 163)

Si cette décision – qui implique de doter les CRSSS de nouveaux pouvoirs – semble aller dans le sens d'une certaine décentralisation (ce qui rapprocherait les CRSSS des Offices régionaux prévus à l'origine par la CESBES et le projet de loi 65), deux remarques s'imposent ici. D'abord, ces nouveaux pouvoirs des CRSSS ne s'appliquent qu'aux CLSC, et non à l'ensemble des établissements du réseau. Ensuite, ces nouveaux pouvoirs attribués aux CRSSS traduisent moins une volonté de décentralisation qu'une volonté de contrôle de la part du ministère, qui peine à encadrer lui-même les activités de ces nouveaux établissements :

> le M.A.S., à cause de son éloignement des C.L.S.C. et de ressources humaines insuffisantes, n'arrivait pas vraiment à contrôler les flux de ressources émis par les C.L.S.C. : monnaie, services, information. Les C.L.S.C. ne disposant pas d'un budget 'global', leurs dépenses devaient être approuvées par le ministère. En plus d'être une source de délais parfois importants, cette opération de contrôle n'avait pas de suivi. Une fois la dépense approuvée, le ministère n'était pas équipé pour contrôler si elle avait été faite conformément à l'approbation. Il en était de même pour les services et les informations émises par les C.L.S.C. Le M.A.S. n'arrivait pas ou arrivait difficilement à établir s'ils étaient conformes à la définition officielle, de toute façon imprécise, des C.L.S.C. (Labrie et Lemieux, 1979, p. 163)

Selon ces auteurs, la « décentralisation » vers les CRSSS s'explique peut-être aussi par le fait que les budgets attribués aux CLSC commencent en 1976 à être insuffisants. Autrement dit, la décentralisation permet au ministère de faire porter aux instances régionales l'odieux de gérer l'insuffisance des ressources consacrées à ces établissements :

> Jusqu'en 1976-1977, [la Direction des établissements de services communautaires] n'arrivait à dépenser le budget alloué pour les C.L.S.C. que par des opérations 'catastrophe', en fin d'année budgétaire. Mais, en 1976-1977, avec l'augmentation du nombre des C.L.S.C. et un certain plafonnement du budget alloué à ce poste, il est apparu, dès l'automne 1976, qu'à peu près tout le budget avait été dépensé ou engagé. Il n'est peut-être pas indifférent que ce soit à ce moment-là que le ministre Forget ait annoncé qu'il y aurait décentralisation. (Labrie et Lemieux, 1979, p. 164)

Loin de se résorber, la tendance vers un contrôle de plus en plus serré des CLSC par le ministère et les CRSSS s'accentue suite à l'élection du Parti québécois en 1976. Dans des termes très proches de ceux utilisés par son prédécesseur deux ans plus tôt au congrès de fondation de la FCLSC, le nouveau ministre des Affaires sociales, Denis Lazure, insiste dans son allocution au congrès spécial de la FCLSC sur la responsabilité et la prééminence de l'État et du ministère dans la définition des priorités dans le domaine socio-sanitaire. Fait intéressant, il justifie cette position par le contexte de restrictions budgétaires, qui impose une plus grande rigueur au ministère à l'égard des fonds publics investis :

> Je veux [...] réaffirmer la prééminence de nos institutions politiques – de l'État donc – dans l'articulation progressive de nos objectifs. Tout en intensifiant les mécanismes régionaux de concertation, tout en favorisant une meilleure répartition régionale des ressources, le ministère conserve la responsabilité de déterminer des priorités [...] comme il lui revient de fixer les champs d'action respectifs des établissements du réseau. Au chapitre du financement, la responsabilité du ministère demeure entière – et ingrate, aussi au cours d'années de vaches maigres comme on en vit actuellement car il doit rendre compte à la population de l'administration des fonds publics et donc en contrôler, en vérifier la distribution et l'utilisation. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 15-16).

En droite ligne avec ces préoccupations, le document rédigé conjointement en 1977 par le MAS et la FCLSC pointe vers un approfondissement de la bureaucratisation des activités des CLSC, qui devront désormais être mesurées à partir plusieurs types d'indicateurs : « Les activités [des CLSC] doivent faire l'objet d'une évaluation. La détermination d'un certain nombre d'indicateurs d'utilisation, d'impact et de

performance, permet de mesurer l'efficacité des centres locaux de services communautaires. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 8) Autrement dit, le ministère est résolu à mettre en œuvre les intentions déjà manifestées à ce sujet dans le document de travail rédigé dans les suites de l'opération-bilan (MAS, 1975), comme l'exprime clairement le ministre Lazure au congrès spécial de la FCLSC :

> Dernière observation : au chapitre de l'évaluation des C.L.S.C., il m'est agréable de noter que nous disposerons grâce à votre collaboration d'ici quelques mois, de données sûres et uniformes sur les activités des CLSC. Ces données sont nécessaires au ministère pour effectuer de meilleurs choix budgétaires et mieux identifier vos besoins. Comme tous les établissements publics, les CLSC ont à se soumettre à l'évaluation du ministère. Les données que vous nous fournirez désormais ne sont pas à caractère confidentiel. Il est impossible d'engager des fonds publics sans disposer de moyens d'évaluer les résultats de ces services. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 19)

Le document conjoint de 1977 est d'ailleurs très précis à cet égard et énumère toute une série d'indicateurs à développer ou à utiliser pour mesurer le « degré d'implantation dans le milieu », « l'impact des programmes spécifiques », le succès des programmes destinés aux groupes prioritaires, la « performance » en terme de coûts-bénéfices (« à l'aide d'indicateurs comme le pourcentage des dépenses consacrées à l'administration, le coût des services par bénéficiaires, etc. »), etc. (FCLSC et MAS, 1977, p. 8). De plus, malgré les positions affichées du ministère en faveur d'une certaine décentralisation, l'analyse de ces indicateurs et l'évaluation des activités des CLSC se fera directement par le ministère :

> Le Ministère a déjà identifié les informations que les centres locaux de services communautaires devront recueillir pour alimenter certains des indicateurs qui serviront à mesurer les activités des C.L.S.C. et ceux-ci devront commencer bientôt à les transmettre régulièrement au ministère des Affaires sociales. (FCLSC et MAS, 1977, p. 9)

Néanmoins, la tendance amorcée sous Forget vers un contrôle plus grand des CLSC à partir des CRSSS – et donc vers une certaine régionalisation ou décentralisation –

s'accentue sous le gouvernement péquiste. On annonce ainsi dans le document conjoint de 1977 des changements importants dans le processus d'implantation, qu'on souhaite encadrer de beaucoup plus près. Désormais, l'implantation des nouveaux CLSC sera gérée directement par les CRSSS et non plus contrôlée par un comité provisoire composé des citoyennes et des citoyens à l'origine du projet :

> Dans le but d'améliorer le processus d'implantation des nouveaux C.L.S.C., le Ministère désire en confier le mandat aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Fiduciaires de ces projets d'implantation pour une période maximale d'une année, les conseils régionaux, dans le respect de la participation de la population et en collaboration avec les commissions administratives des C.L.S.C., *auront la responsabilité de les administrer eux-mêmes ou d'en déléguer l'administration à un établissement du réseau jusqu'à l'incorporation légale de ces C.L.S.C.* (FCLSC et MAS, 1977, p. 8)

Ces changements s'accompagnent également de la création de nouvelles instances régionales rattachées aux CRSSS et chargées spécifiquement de l'encadrement des CLSC : les commissions administratives régionales. Une circulaire du 3 octobre 1977

> annonce la création d'une commission administrative régionale des C.R.S.S.S. sur les C.L.S.C. qui aura le mandat suivant : 1. Assurer la coordination des activités reliées à l'organisation des services de santé et des services sociaux courants sur son territoire. 2. Redistribuer, s'il y a lieu, les ressources disponibles affectées à ces activités. 3. S'assurer, sur une base régionale, du bon fonctionnement des C.L.S.C. existants. 4. Répartir, s'il y a lieu, les enveloppes régionales de développement, fixées par le M.A.S., entre les C.L.S.C. existants [...]. (Labrie et Lemieux, 1979, p. 164-165)

Encore une fois, la création des commissions administratives régionales peut apparaître sous certains aspects comme une forme de décentralisation, surtout que ces instances seront « composée majoritairement des établissements concernés » (Labrie et Lemieux, 1979, p. 165), et donc des CLSC de la région. Au congrès de la FCLSC, le ministre Lazure parle d'ailleurs, au sujet de ces nouvelles entités, d'une « amorce de décentralisation » qu'il prévoit « intensifier » (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 14). Cependant, les pouvoirs des commissions administratives régionales restent limités.

Ainsi, chaque commission « doit répondre directement au C.R.S.S.S. dans l'exercice de son mandat. » (Labrie et Lemieux, 1979, p. 165) Labrie et Lemieux font également remarquer que « c'est aux C.R.S.S.S. et non à la commission administrative que sont délégués les pouvoirs d'implanter de nouveaux postes de C.L.S.C. » (Labrie et Lemieux, 1979, p. 165). De plus, ils soulignent que peu de « ressources disponibles » à « redistribuer » ou d'« enveloppes régionales de développement » à « répartir » seront confiées à ces nouvelles instances, du moins au cours des premiers mois : « Au cours des premiers mois de fonctionnement des commissions administratives, ces ressources ont été plutôt rares, tout au plus une petite enveloppe pour le développement des soins à domicile a-t-elle été consentie. » (Labrie et Lemieux, 1979, p. 165)

Autrement dit, comme le soulignent ces auteurs, les commissions administratives régionales visent surtout, comme la « décentralisation » vers les CRSSS, à favoriser un meilleur contrôle des CLSC (en plus de permettre, dans ce cas aussi, de « régionaliser » la gestion des restrictions budgétaires imposées aux CLSC) : la circulaire

> indique aussi, implicitement, que les commissions administratives arriveront plus facilement que le M.A.S. à contrôler, en particulier selon des préoccupations régionales, les extrants des C.L.S.C. [...] La décentralisation en faveur des C.R.S.S.S. prend, dans cette perspective, un aspect qui semble avoir échappé à la plupart des observateurs. Bien sûr, on peut l'expliquer, en partie, par une certaine 'gêne' où se trouvait le M.A.S. de rendre négatives, faute de monnaie, les tentatives d'influences des C.L.S.C. en vue d'obtenir des budgets de développement. Elle s'explique aussi par l'incapacité du M.A.S. d'exercer suffisamment d'influence positive sur les C.L.S.C. dans le contrôle des extrants de ceux-ci. (Labrie et Lemieux, 1979, p. 165 ; 170)

Cette analyse est d'ailleurs partagée par Lesemann, qui considère que « [l]'aspect 'gestion de la pénurie' et auto-protection du pouvoir central est indéniable dans le processus actuel de décentralisation » (Lesemann, 1978, p. 23-24) et qui voit dans ces réformes un processus de « décentralisation technocratique » plutôt qu'une véritable « décentralisation démocratique » : « L'État [...] intervient donc selon un modèle de décentralisation qui n'implique nullement, tout au contraire, l'abdication de son

autorité centrale. » (Lesemann, 1977, p. 25) Ceci est d'autant plus clair que la « décentralisation » s'accompagne dans les faits d'une centralisation accrue des décisions concernant les priorités, les orientations et les programmes à mettre en œuvre :

> d'une part les Conseils régionaux (CRSSS) sont investis de nouvelles responsabilités et d'une nouvelle autorité sur les établissements locaux [...] ; mais d'autre part, dans le même temps, les organismes de services comme les CLSC [...] sont appelés à fonctionner de plus en plus par programmes spécifiques, en fonction des grandes priorités du Ministère (personnes âgées, handicapés, mésadaptés sociaux, malades chroniques, etc.), voire des programmes à budgets protégés (soins à domicile, aides familiales, etc.). Bref, par le mécanisme du financement et par l'imposition de restrictions budgétaires, le Ministère contrôle et oriente de plus en plus directement la production des services des établissements. Alors même qu'il décentralise officiellement, le Ministère semble pratiquement centraliser davantage. (Lesemann, 1978, p. 26)

S'approfondit donc sous le gouvernement péquiste la tendance, présente dès 1974, à limiter la latitude – au départ très grande – des CLSC dans la détermination de leurs programmes et à plutôt orienter leur programmation en fonction de priorités déterminées « d'en haut », soit par le ministère, soit par les instances régionales que sont les CRSSS et leurs commissions administratives. En particulier, la volonté très claire du MAS d'accentuer le caractère « complémentaire » ou « supplétif » des CLSC en insistant sur le développement de programmes spécifiques destinés à des populations ciblées s'accompagne d'une centralisation, au niveau du ministère, de la définition des priorités à cet égard :

> Il est entendu que le conseil d'administration de chaque C.L.S.C. détermine les priorités de l'établissement. Cependant, le Ministère demande aux C.L.S.C. d'accorder une attention prioritaire aux jeunes enfants et aux adolescents, aux personnes handicapées et aux personnes âgées dans l'élaboration de leurs programmes spécifiques. Le programme de maintien à domicile des personnes âgées et handicapées est à ce point important que le Ministère permettra à de nouveaux C.L.S.C. de n'offrir, dans un premier temps, que ce type de programme. (FCLSC et MAS, 1977, p. 4)

Ceci est d'ailleurs réitéré avec force par le ministre au moment de son allocution au congrès spécial de la FCLSC, lors duquel il insiste à nouveau sur l'importance centrale, pour le ministère, du programme de maintien à domicile :

> Comment s'articule cette complémentarité ? [...] Je faisais état, tout à l'heure, de certaines priorités nationales auxquelles les C.L.S.C. se sont déjà attaqués de façon spontanée, personnes âgées, périnatalité. Ce sont des priorités qui se sont imposées au ministère parce que le Québec souffre de retards flagrants dans ces secteurs. Voilà un secteur d'activités, les soins à domicile où le rattrapage était grand et il est encore grand. C'est un exemple de service complémentaire à caractère national, dont le ministère veut et peut confier la responsabilité première aux C.L.S.C. à titre de programme obligatoire. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 13)

Si le ministre souhaite « un meilleur ajustement [des activités des CLSC] aux politiques nationales » (Lazure, 1979, p. 17), il précise également que les nouvelles commissions administratives régionales des CLSC auront quant à elles le mandat de définir des priorités régionales dans le développement de ces programmes ou services spécifiques :

> La complémentarité doit s'exercer également sur le plan régional, à partir des analyses faites par les régions de leurs besoins à combler : aux régions alors, de déterminer – nous avons maintenant dans la plupart des régions, l'organisme approprié pour ce faire, la commission administrative des C.L.S.C. – aux régions donc de déterminer les carences dans les services, parmi l'éventail assez large des programmes que peuvent offrir les C.L.S.C. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 13-14)

Le document conjoint de 1977 consacre donc une tendance forte – qui s'accentuera elle aussi dans les décennies suivantes – à la bureaucratisation des CLSC, tendance qui va de pair avec une réduction concomitante de l'autonomie des CLSC dans la détermination de leurs orientations, de leurs priorités et de leurs programmes. C'est sur ce plan aussi une dimension importante du modèle initial des CLSC qui est abandonnée. En effet, les CLSC apparaissent de moins en moins, du moins au niveau des orientations du ministère, comme des structures légères, initiées par les citoyennes et les citoyens, ancrées dans leurs communautés et tournées vers les besoins de leur

propre milieu. Autrement dit, c'est toute la dimension démocratique et participative du modèle initial qui est ici mise à mal. De fait, la bureaucratisation grandissante et la réduction considérable de l'autonomie des CLSC qui en découle implique une diminution tout aussi importante des pouvoirs réels des conseils d'administration élus, ce qui, comme nous le verrons plus loin (voir *infra*, section 8.2.4), aura un impact direct, sur le terrain, sur la participation citoyenne au sein des CLSC. Néanmoins, comme son prédécesseur, le ministre Lazure se défend de vouloir nuire à la participation :

> la participation du citoyen à l'administration des établissements qui sont à son service et dont il est propriétaire, en dernière analyse, n'est pas remise en cause : je songe, au contraire, à améliorer les mécanismes locaux de participation en revisant [sic] la composition des conseils d'administration d'établissements dans le sens d'une plus grande participation des citoyens. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 15)

Ceci est d'ailleurs réitéré dans le document de 1981 annonçant le parachèvement du réseau des CLSC : ainsi, un des objectifs affiché de cette démarche est de « permettre une plus grande adéquation des ressources locales de santé et de services sociaux aux besoins mêmes de citoyens, entre autres, par une participation plus active de la population à l'organisation de services qui lui sont nécessaires » (MAS, 1981, p. 8). La profondeur de cet engagement est facilement mesurable à l'aulne de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux* (1981) que fera adopter le gouvernement péquiste quelques mois à peine après la publication de ce document. En effet, cette loi *diminue* le nombre de sièges réservés aux usagères et aux usagers sur les conseils d'administration des CLSC (qui passe de 5 à 4) et *dilue davantage leur poids* en attribuant un siège au CRSSS et un autre aux centres d'accueil. Au moment où le gouvernement relance l'implantation des CLSC avec l'objectif de couvrir l'ensemble du territoire québécois, les usagers et usagères détiennent donc désormais, sur les conseils d'administration des CLSC, 4 sièges sur un maximum de 14 (contre 5 sièges sur un maximum de 13 dans la loi de 1974 ; et 5 sièges

sur un maximum de 12 dans la première version de la LSSSS – ou 11 si on ne compte pas la directrice ou le directeur général qui, rappelons-le, siégeait au départ avec voix consultative seulement).

8.2.3 Vers la dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire : retour d'une conception étroite de la prévention et restriction du champ d'intervention de l'action communautaire

À partir de 1974 s'amorce également au sein des CLSC un processus de dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire. Précisons que le terme de dépolitisation n'est pas entendu ici dans son sens étroit et qu'il n'est pas compris comme un simple processus d'élimination des influences politiques « partisanes » (c'est-à-dire liées à un parti politique particulier). Ce processus renvoie plutôt à une tendance à purger les CLSC des pratiques visant – dans une perspective de prévention – à politiser les enjeux liés à la santé (et donc les causes sociales de la maladie) en mobilisant politiquement les communautés locales autour de ces enjeux dans une perspective de contestation, de revendication et, à terme, de transformation sociale. Autrement dit, la dépolitisation est un processus qui tend à évacuer la conception socio-politique de la prévention et de l'action communautaire qui conduit plusieurs CLSC à envisager les causes sociales de la maladie en termes de rapports de force et de luttes politiques.

Nous verrons que ce processus passe notamment par une redéfinition de la prévention dans un sens toujours plus étroit et de plus en plus strictement « sanitaire », ainsi que par la marginalisation de l'action communautaire au sein des CLSC. Contrairement aux deux processus précédents, le processus de dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire telle qu'elles sont mise en pratique sur le terrain se fait de manière directe et explicite : on affirme de plus en plus clairement vouloir subordonner l'action communautaire aux autres programmes du CLSC – et notamment aux programmes de

prévention spécifiques sur lesquels mise le ministère pour assurer la « complémentarité » des CLSC face aux cliniques privées ; de même, on souhaite ouvertement orienter l'action communautaire vers le développement de services et, surtout, la détourner des actions plus revendicatives et contestataires.

Nous avons vu d'ailleurs que la conception socio-politique de la prévention défendue et mise en œuvre dans plusieurs CLSC ne correspond pas à la celle du ministère, qui oscille plutôt entre une conception plus strictement sanitaire et une conception globale et sociale – mais non politique – de la prévention. De manière tout à fait analogue à la CESBES, nous verrons que si le MAS continue de défendre en principe une approche globale, large, sociale et communautaire en matière de prévention, il tend de plus en plus clairement – notamment, encore une fois, par l'importance grandissante accordée aux programmes de prévention spécifiques – vers une conception étroite de la prévention proche de celle traditionnellement mise en œuvre par la santé publique.

Rappelons d'abord que la volonté d'encadrement et de contrôle des activités des CLSC manifestée par le ministère à partir de 1974 concerne avant tout l'action communautaire. Comme on l'a mentionné plus haut, une des premières actions du nouveau ministre Forget à son arrivée à la tête du MAS a été d'imposer un encadrement strict des chargées de projet et des chargés de projet du ministère responsables de l'action communautaire. Dès la fin de 1973 et le début de 1974, les autorités du ministère déplorent, lors des rencontres avec ces chargées de projet et ces chargés de projet, que le personnel des CLSC ait tendance à « 's'identifier à des causes qui débouchent logiquement sur des conflits idéologiques et des contestations globales' » (cité dans Lesemann, 1979, p. 13). L'inconfort du ministère avec la « politisation » des CLSC – qui se manifeste principalement par le biais de la conception socio-politique de la prévention mise de l'avant par l'action communautaire – est donc présente très tôt au sein du ministère, qui réagira en cherchant à circonscrire le champ d'action de l'action communautaire.

C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il faut comprendre une des réponses du ministre Forget aux critiques qui lui sont formulées par des membres de son parti lors de l'étude des crédits de son ministère : « Il est clair que nous devons restreindre notre action à notre champ de compétence dans une large mesure. » (Québec, 1974, 14 mai) Autrement dit, et ceci deviendra de plus en plus clair, le ministère souhaite – en cohérence avec les perspectives de la CESBES à ce sujet – que le mandat de l'action communautaire à l'égard de « l'amélioration des conditions sociales » et de « l'assainissement du milieu » se réalise à l'intérieur des limites du domaine strictement socio-sanitaire et sans déborder dans le domaine de la « politique globale » (et donc des revendications et contestations socio-politiques).

L'allocution du ministre Forget au congrès de fondation de la FCLSC s'inscrit d'ailleurs tout à fait dans cette tendance à défendre en principe une conception large, globale et sociale de la prévention tout en orientant en pratique les CLSC de manière à cantonner la prévention dans des programmes spécifiques et à restreindre la portée de l'action communautaire. Ainsi, si le ministre souligne l'importance d'une action globale en matière de prévention, c'est pour aussitôt la réduire aux programmes de prévention susceptibles de produire des résultats *mesurables* en ciblant des problématiques *particulières* et des objectifs *précis* :

> On a compris, en outre, que pour remédier à certains types de problèmes, comme l'alcoolisme et la délinquance, une action préventive globale s'avérait nécessaire, c'est-à-dire que l'intervention auprès de chaque individu se révèle être un processus beaucoup trop lent ou beaucoup trop dispendieux. Le CLSC est alors appelé à mettre sur pied des programmes spécifiques de prévention. [...] Les C.L.S.C. se doivent donc d'innover dans ce secteur, tout en veillant à ce que la mise sur pied de ces programmes suive une évaluation très précise de la situation locale, de sorte qu'on puisse les axer sur des objectifs spécifiques et en mesurer la portée. (Forget, 1975, 3 mai, p. 12-13)

Signe que le ministre défend ici une conception non seulement étroite mais aussi surtout « sanitaire » de la prévention, il envisage d'octroyer aux Départements de santé

communautaire (c'est-à-dire aux instances auxquelles ont été attribuées par la LSSSS de 1971 les activités traditionnelles de la santé publique) des pouvoirs d'encadrement en ce qui concerne les programmes spécifiques de prévention des CLSC : « Dans l'élaboration de tels programmes, je crois que les Départements de santé communautaire doivent exercer une fonction d'encadrement, tant au niveau du conseil technique et de la planification, qu'à celui de l'évaluation dont ils ont la responsabilité. » (Forget, 1975, 3 mai, p. 13)

En fait, alors que la création des CLSC était au cœur du projet visant à opérer un virage du curatif vers le préventif – qui, rappelons-le, est un des aspects centraux de la Réforme des Affaires sociales –, la prévention se retrouve ici non seulement réduite aux programmes spécifiques de prévention (ainsi qu'aux pratiques d'éducation sanitaire et de dépistage typiques de la santé publique), mais elle est aussi posée *à la remorque des services curatifs* :

> Sachant combien la population attache d'importance à la disponibilité des soins curatifs, certains [CLSC] ont compris que leur action préventive devait se greffer sur leur mission curative. [...] Donc, en fournissant aux familles, ainsi qu'aux individus, des services généraux, le C.L.S.C. pénètre dans son milieu. Du même coup, les praticiens [...] sont en mesure d'exercer une action d'éducation, d'hygiène et de dépistage. (Forget, 1975, 3 mai, p. 12)

La même distance entre les positions de principes – qui insistent sur la conception globale et sociale de la prévention – et les directives quant à la mise en œuvre caractérise les propos du ministre Forget en ce qui concerne l'action communautaire. Ainsi, le ministre mentionne le rôle innovant des CLSC qui, principalement par le biais de l'action communautaire, interviennent aussi sur les conditions de vie et autres causes sociales de la maladie :

> Contrairement à tout ce qui s'est fait par le passé, le C.L.S.C. ne se borne pas à s'attaquer aux symptômes des maladies physiques ou sociales, mais, grâce à l'action communautaire, il essaie aussi de modifier les conditions et les modes de

> vie, les habitudes et l'environnement, dans la mesure où ils contribuent à la détérioration de la santé et de la vie en société. (Forget, 1975, 3 mai, p. 21)

Cependant, le ministre souligne surtout le rôle de l'action communautaire dans le développement des autres programmes du CLSC. Autrement dit, l'action communautaire apparaît ici subordonnée à ces programmes, par rapport auxquels elle joue essentiellement un rôle de soutien, y compris en ce qui concerne les services curatifs qui, selon le ministre, doivent être les premiers services développés par le CLSC. Les services curatifs se présentent donc comme prioritaire non seulement vis-à-vis aux services préventifs, mais aussi vis-à-vis de l'action communautaire :

> [L]a première tâche [du CLSC] est de définir, avec l'appui du milieu, les services essentiels à dispenser dans le territoire. [...] Il offre peu après des services curatifs de première et cherche à intégrer l'aspect préventif aux services fournis. [...] Ce faisant, il accumule une information sur les problèmes du milieu qui lui servira à établir des programmes spécifiques de prévention. Pour mener à bien cette suite d'opérations, le C.L.S.C. a recours à l'action communautaire. Elle lui permet de pénétrer plus vite et plus profondément dans le milieu qu'il dessert. (Forget, 1975, 3 mai, p. 13-14)[554]

Le ministre souligne également le rôle de l'action communautaire dans l'élaboration des programmes spécifiques de prévention, auxquels elle est aussi subordonnée. La constitution d'un champ d'intervention autonome pour l'action communautaire se retrouve donc en dernière place – derrière les services curatifs (et les services individuels de prévention qu'on peut éventuellement y greffer), mais aussi derrière les programmes spécifiques de prévention – dans l'ordre de priorité qui préside au développement des services au sein des CLSC :

---

[554] Selon Bourque, le document de 1976 qui officialise les orientations du ministère suite à l'opération-bilan insiste également, en plus de mettre l'accent « sur le maintien à domicile et sur des programmes visant à rejoindre des groupes à risques prioritaires », « sur la prestation de services médicaux et sociaux de type curatif » (Bourque, 1988, p. 50). Ainsi : « Le rôle dévolu aux CLSC est défini comme suit : 'Accessible à toute heure du jour, sept jours par semaine, dans la plupart des cas, le CLSC doit être en mesure de répondre adéquatement à toute personne qui, selon l'expression populaire, a besoin de voir un médecin ou un travailleur social.' » (Bourque, 1988, p. 50)

> [L'action communautaire] sert également de support à l'organisation et à l'exécution des programmes spécifiques de prévention. À mesure que ces programmes portent davantage sur les problèmes profonds du milieu, l'action communautaire se voit définir un champ d'activité propre. (Forget, 1975, 3 mai, p. 14)

Quelques semaines après cette allocution sont publiés les rapports de l'opération-bilan. Il est intéressant de souligner que de l'aveu même du comité d'étude, cette question du rôle et de la portée de l'action communautaire a été au cœur du conflit ayant mené à la publication de deux rapports distincts. Selon l'auteure et les auteurs du rapport majoritaire : « Cette dissension porte avant tout sur la conception du rôle qu'a joué et que devrait jouer l'action communautaire au sein des CLSC. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 7) Les auteurs du rapport minoritaire sont plus spécifiques à cet égard :

> Nos divergences se sont manifestées principalement quant [...] à la vocation des C.L.S.C. comme institutions de services ou institutions de développement social et communautaire [...], à la place de l'action communautaire, soit conçue comme dimension au service des autres services soit comme pratique ayant également son champ d'action propre dans les C.L.S.C. (Alary et Lesemann, 1975, p. 9)[555]

Dans les faits, le rapport majoritaire est à cet égard très proche du point de vue exprimé durant les mois précédents par le ministre Forget et, comme nous le verrons, ce rapport va aussi dans le sens des orientations ministérielles futures au sujet de la conception de la prévention et de la place de l'action communautaire au sein des CLSC. Signe que ce rapport défend une conception plus *technique* (ou technocratique) que *politique* de la prévention – et en cohérence avec son appel à un encadrement bureaucratique plus efficace (voir *supra*, section 8.2.2) – le rapport majoritaire promeut le recours accrus aux indicateurs sociaux dans l'élaboration des programmes (plutôt que d'insister sur l'expression démocratique/politique des besoins auxquels sont supposés être adaptés ces programmes). Selon le rapport, la « technologie » dans le domaine des indicateurs

[555] Il semble pertinent de mentionner ici que le rapport majoritaire est signé par un une infirmière spécialisée, un médecin et deux administrateurs, alors que les auteurs du rapport minoritaire sont issus du domaine du travail social.

sanitaires et sociaux « pourrait être utilisée avec avantage dans la confection des programmes sociaux et sanitaires des CLSC » (Champoux *et al.*, 1975, p. 62), même si elle est « encore bien rudimentaire » (Champoux *et al.*, 1975, p. 61) :

> La technologie moderne est certes limitée, mais elle permet de dépasser les approximations douteuses sur lesquelles est basée l'actuelle programmation des établissements et des CLSC en particulier. L'utilisation d'instruments tels l'épidémiologie médicale et sociale, la démographie, la sociologie nous semblerait particulièrement utile à cette fin. À partir des données fournies par de telles analyses, les gestionnaires et membres des conseils d'administration pourront exercer un choix plus libre, supporté par une meilleure connaissance du dossier socio-sanitaire et conséquemment apte à mieux satisfaire les besoins de la population. (Champoux *et al.*, 1975, p. 89)

En fait, le rejet de la conception socio-politique de la prévention mise en œuvre dans plusieurs CLSC est exprimé très clairement au moment d'aborder la question du rôle et de la place de l'action communautaire au sein des CLSC. Le rapport propose une typologie de trois types de CLSC – les CLSC axés sur l'action communautaire, ceux axés sur les services (curatifs), et les CLSC mixtes – et rejette le modèle des CLSC axés sur le développement communautaire. Il déplore notamment le fait que dans ces CLSC, les organisatrices et organisateurs communautaires « se définissent souvent comme au service [des] groupes [populaires et syndicaux] » (Champoux *et al.*, 1975, p. 26) et qu'elles et ils mettent de l'avant une conception socio-politique de la prévention qui mène à des luttes politiques globales :

> L'action communautaire auprès de ces CLSC considère fondamentalement le CLSC comme un instrument à donner au milieu afin qu'il puisse réaliser des changements sociaux plus globaux. Cette lutte nous semble se situer à un niveau politique global. De fait, on retrouve souvent, en conséquence à l'envahissement de cet élément du CLSC, une idéologie anti-service. (Champoux *et al.*, 1975, p. 28)

Dans une formulation qui rappelle le positionnement de la CESBES quant au fait que l'action sur les causes sociales de la maladie se situe à l'extérieur du champ d'action du réseau socio-sanitaire, le rapport majoritaire se positionne clairement et résolument

contre la lutte politique à partir des CLSC, qu'il voit davantage comme des « boites de services » : « Le CLSC doit être un établissement orienté vers la dispensation de services et non un instrument de transformation radicale de l'ordre social global. D'autres institutions se chargent d'une telle mission à caractère fortement politique. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 83) Cependant, le rapport ne va pas non plus jusqu'à mettre de l'avant le modèle de CLSC axé sur les services, critiqué pour l'absence quasi-complète de prévention et d'action communautaire : « La composante préventive y est à peu près nulle. Ce type de pratique se retrouve essentiellement dans les CLSC où les médecins sont rémunérés à l'acte. [...] L'action communautaire y est absente ou joue un rôle très effacé. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 39 ; 42)

Le rapport promeut plutôt le modèle mixte, dans lequel l'action communautaire n'est pas dominante mais plutôt – et le rapport rejoint ici clairement le point de vue exprimé par le ministre Forget dans son allocution au congrès de fondation de la FCLSC – en soutien et intégrée aux autres programmes : dans ces CLSC, « l'action communautaire [est] définie comme une activité de support, intégrée aux divers programmes et projets multidisciplinaires. » (Champoux et al., 1975, p. 37) Plutôt que de se mettre au service des groupes populaires et syndicaux du quartier, « [l]'action communautaire poursuit plutôt [dans les CLSC mixtes] l'objectif d'être un instrument et un moyen pour le CLSC dans la promotion de l'état de santé de la population, des conditions sociales et du milieu physique de vie. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 37-38) De plus, l'action communautaire met de l'avant dans ces CLSC une conception davantage sociale que socio-politique de la prévention, et donc plus proche de celle promue par le ministère : « Parmi les principales activités de l'action communautaire se retrouvent celles d'agents de participation, de stimulants à la vie communautaire, poursuivant des objectifs d'éducation et de socialisation. » (Champoux *et al.*, 1975, p. 38)

Plus concrètement, et de manière cohérente avec sa conception de l'action communautaire – qui doit principalement être un support pour les deux autres grands

programmes (santé et services sociaux) –, le rapport propose une organisation des CLSC dans laquelle – il n'y a pas de programme distinct d'action communautaire ayant son propre champ d'intervention. Contrairement à ce qui est mis de l'avant dans le document d'orientation de juin 1972 (MAS, 1972b) – rappelons que l'action communautaire y est considérée en elle-même comme un des trois principaux programmes de base des CLSC (avec l'accueil et les soins, ces derniers incluant les services de santé et les services sociaux) – on propose plutôt ici *l'intégration des organisatrices et des organisateurs communautaires au sein du module social* :

> Deux [...] modules doivent apparaître dans tout CLSC et en priorité : un module santé et un module social. [...] Dans chacun des deux modules principaux sont regroupés soit les travailleurs de la santé soit ceux du secteur social et communautaire, ce dernier jouant un rôle de support absolument nécessaire à une approche globale aux problèmes sociaux de santé. (p. 92-93)

En ce qui concerne la conception de la prévention et la place de l'action communautaire dans les CLSC, le document de travail sur les CLSC produit par le MAS suite à l'opération-bilan se situe en droite ligne avec plusieurs des recommandations du rapport majoritaire. Resituant clairement le mandat des CLSC dans les grands objectifs de la Réforme des Affaires sociales, ce document semble pourtant revenir à une conception résolument sociale de la prévention. Il réitère ainsi que

> [l]es objectifs poursuivis par les centres locaux de services communautaires se situent à l'intérieur des objectifs sociaux que le ministère s'est fixés, à savoirs : 'Le relèvement de l'état de santé de la population, l'amélioration des conditions sociales des individus et des groupes ainsi que l'état du milieu où s'inscrivent leurs activités.' (MAS, 1975, p. 2)

De même, les objectifs plus spécifiques attribués par ce document aux CLSC semblent accorder une place importante à la prévention et à une approche globale et communautaire :

> [Le CLSC] doit donc à l'intérieur des responsabilités qui lui incombent, poursuivre les buts suivants : 1° Assurer des services de santé et des services

> sociaux de première ligne : de qualité, accessibles, continus, adaptés aux besoins courant de la population ; 2° prévenir l'apparition des problèmes de santé et de socialité ; 3° promouvoir une approche globale dans la solution des problèmes sanitaires et sociaux tant sur le plan individuel que collectif. (MAS, 1975, p. 2)

Le document souligne d'ailleurs que « [l]a prévention doit demeurer l'une des préoccupations majeures du centre local de services communautaires. » (MAS, 1975, p. 9) En ce qui concerne particulièrement l'action communautaire, le document précise également que « l'intégration des services communautaires au niveau du centre local de services communautaires » a pour conséquence que « [d]ans la distribution des services, on devra considérer les problèmes des individus de façon globale à la lumière de leur environnement familial, social et professionnel. » (MAS, 1975, p. 3)

Néanmoins, on ne peut que constater une fois de plus une certaine distance entre ces énoncés de principe et leur traduction au niveau de l'application concrète. Ainsi, la description des programmes contenue dans le document de travail montre très clairement que la prévention est dans les faits entendue ici dans un sens assez « clinique » ou « sanitaire », très proche de la conception traditionnellement mise en œuvre par la santé publique. Tant au niveau sanitaire que social, la prévention consiste essentiellement dans les services de dépistage des problèmes sanitaires et sociaux, d'éducation sociosanitaire et d'orientation vers les ressources appropriées (MAS, 1975, p. 6 ; 9), y compris au niveau des programmes spécifiques (MAS, 1975, p. 10). Ce n'est que dans la description faite par ce document du rôle de l'action communautaire (ou plutôt l'« intervention collective[556] ») qu'on voit transparaître une conception plus large – sociale – de la prévention :

> L'intervention collective est un autre moyen dont dispose le centre local de services communautaires dans la poursuite de ses objectifs d'adaptation des services aux besoins de la population et de prévention des problèmes sanitaires et sociaux du milieu. Cette approche collective [...] doit faire l'objet des

[556] Il est significatif que le terme même d'« action communautaire » disparaît du document de travail ; on y parle plutôt d'« intervention collective ».

> préoccupations de tous ceux qui oeuvrent dans l'établissement. Il apparaît cependant nécessaire que le centre local de services communautaires puisse compter sur l'apport spécifique de spécialistes en organisation communautaire pour réaliser les objectifs visés. (MAS, 1975, p. 6)

Or, le document s'inscrit ici tout à fait dans les recommandations du rapport majoritaire de l'opération-bilan puisqu'il restreint la place de l'action communautaire par rapport au document d'orientation de 1972 (MAS, 1972b) et qu'il la redéfinit en soutien aux services sociaux plutôt que comme un programme avec son propre champ d'intervention. Tout comme en 1972, on réitère la nécessité d'un programme de base commun à tous les CLSC, auquel on ajoute des programmes spécifiques. Toutefois, on ne parle plus que de deux programmes de base : les services de santé et les services sociaux. Autrement dit, contrairement au document d'orientation de juin 1972, l'action communautaire n'est plus considérée elle-même comme un des programmes de base. Conformément aux recommandations du rapport majoritaire, l'action communautaire est en effet présentée comme l'une des deux modalités des « services sociaux », l'autre étant l'intervention auprès des individus, des familles ou des groupes.

Autrement dit, comme le suggère le rapport majoritaire de l'opération-bilan, on subordonne et on intègre ici clairement l'action communautaire aux autres programmes du CLSC. On précise d'ailleurs dans ce document que le premier rôle de l'action communautaire est d'« assurer un soutien à la réalisation des programmes du [CLSC] notamment pour les activités d'information, d'éducation, de prévention et de dépistage. » (MAS, 1975, p. 7). L'action communautaire est ainsi mise au service des programmes visant la dispensation de services curatifs et de services de prévention qui, rappelons-le, sont ici conçus dans un sens plutôt étroit.

De plus, on constate par rapport au document d'orientations de 1972 un effort de définition – ou plutôt de délimitation claire – de l'action communautaire, qui précise – et qui cherche à restreindre – son rôle et son champ d'action. Outre le rôle de soutien aux autres programmes, on réitère qu'elle a pour fonction de « favoriser la

participation » de la population, d'évaluer de manière continue les besoins du milieu et les ressources disponibles, d'offrir du « support technique » à ces ressources et aux groupes qui œuvrent au niveau local et de contribuer au développement « des projets communautaires relatifs à l'amélioration des conditions socio-sanitaires du milieu. » (MAS, 1975, p. 7) Bref, on présente ici une conception largement dépolitisée de l'action communautaire qui insiste sur la création de services communautaires et qui, toujours conformément au rapport majoritaire (mais aussi en cohérence avec la conception sociale – et non socio-politique – de la prévention défendue par la CESBES et ensuite par le MAS), évacue la dimension revendicative et contestataire de l'action communautaire telle qu'elle se pratique alors dans plusieurs milieux.

En 1976, le MAS officialise ces positions en publiant un document d'orientation fortement inspiré du rapport majoritaire de l'opération-bilan (MAS, 1976 ; Bourque, 1988, p. 50). Rappelons qu'un des sujets de désaccords entre la FCLSC et le MAS à propos de ce document concernait justement le rôle attribué à l'action communautaire (Bourque, 1988, p. 51). En plus de son insistance sur les services curatifs, il semble en effet que ce document officialise une conception restrictive l'action communautaire, axée sur l'entraide, le bénévolat et la responsabilisation individuelle face à la santé (plutôt que sur le développement d'actions collectives sur les causes sociales de la maladie) :

> À l'action communautaire, le document attribue spécifiquement le rôle de développer l'entraide et le bénévolat. 'Le CLSC doit aussi aider à développer chez chacun des résidents de son district une plus grande prise de conscience de l'importance de sa santé et de celle des autres et de l'obligation de s'entraider. L'action communautaire peut jouer un rôle primordial à cet égard.' (Bourque, 1988, p. 50-51)

Ces orientations sont d'ailleurs confirmées très clairement dans un document de travail rédigé par la Direction des établissements de services communautaires (Pilon, 1976) à la même époque. Signe que la volonté d'encadrement manifestée par le MAS depuis

1974 concerne de façon prioritaire le rôle joué par l'action communautaire (désormais appelée l'« organisation communautaire ») dans les CLSC, ce document de travail vise à formuler une politique d'orientation spécifique à ce sujet. Les motivations derrière cette volonté d'encadrement sont assumées d'entrée de jeu dans ce document, qui souligne dès la première page que l'action communautaire a « parfois donné lieu à certains écarts » et qu'elle s'est « attardée à des problématique très variées et souvent assez loin des champs d'action confiés au C.L.S.C. » (Pilon, 1976, p. 1). Néanmoins, on y affirme aussi d'emblée l'importance de l'action communautaire dans le modèle des CLSC : « Elle a toujours été considérée et elle doit demeurer l'une des dimensions essentielles du modèle adopté [des CLSC]. » (Pilon, 1976, p. 1) En effet, à l'instar des documents de travail et de réflexion précédents, l'action communautaire est considérée dans ce document comme un des moyens d'atteindre les principaux objectifs de la Réforme des Affaires sociales :

> Aussi, convient-il non seulement de retenir mais d'encourager les pratiques de l'organisation communautaire puisque nous y voyons toujours un moyen apte à contribuer à l'adéquation la plus étroite possible entre les services et les besoins et à l'implication des populations locales dans l'amélioration de leur état de santé, de leur milieu et de leurs conditions sociales. Ces objectifs auxquels nous venons de faire allusion sont les objectifs ultimes de la réforme socio-sanitaire amorcée au Québec. (Pilon, 1976, p. 5)

Toutefois, si ce document réaffirme que l'action communautaire est appelée à jouer un rôle essentiel dans les CLSC, il insiste du même souffle – comme les documents précédents – sur la nécessité de circonscrire son champ d'action. Le document souligne ainsi à plusieurs reprises la nécessité d'« identifier les éléments d'une orientation suffisamment précise » et de « se centrer sur des objectifs précis à atteindre et sur des actions prioritaires qui doivent être engagées dans le cadre de la mission confiée au C.L.S.C. plutôt que sur des théories et conceptualisations qui prétendraient guider l'action. » (Pilon, 1976, p. 6) Plus précisément, on insiste sur le fait que les grands objectifs de la réforme, à la réalisation desquelles l'action communautaire doit

contribuer, « ne sont évidemment pas les objectifs particuliers devant être poursuivis par les seuls C.L.S.C. et à fortiori par les seuls organisateurs communautaires. » (Pilon, 1976, p. 6) Il est donc nécessaire que l'action communautaire « soit orientée vers la réalisation des objectifs propres aux secteurs de la santé et de l'adaptation sociale » (Pilon, 1976, p. 1).

À cet égard, l'auteur du document de travail considère que l'approche globale mise de l'avant par la CESBES a été mal interprétée par plusieurs actrices et acteurs sur le terrain. Il déplore le fait que cette approche « a entraîné une certaine confusion au niveau du rôle qu'ont notamment cherché à s'attribuer un certain nombre d'organisateurs communautaires, voire de C.L.S.C. » (Pilon, 1976, p. 17). Il admet que selon ce modèle,

> il est quelque peu illusoire de prétendre répondre adéquatement aux besoins socio-sanitaires de la population sans se soucier des autres aspects du développement d'un milieu qui, en raison de leur insuffisance, ont une incidence directe sur la santé et la socialité des individus. (Pilon, 1976, p. 18)

Toutefois, il conteste la conception socio-politique de la prévention, et plus particulièrement du rôle de l'action communautaire, mise de l'avant dans plusieurs CLSC :

> Se référant à cette nouvelle conception du développement social, plusieurs organisateurs communautaires [...] se sont trouvés justifiés d'intervenir aussi bien au niveau du développement économique, culturel et éducatif de leur milieu qu'au niveau du développement des services de santé et des services sociaux proprement dits. (Pilon, 1976, p. 18)

Très lucide sur les conséquences potentiellement radicales d'une telle conception de la prévention et de l'action communautaire, le document précise :

> Plusieurs sont même d'avis, en s'interrogeant sur les causes des 'maladies' qui affectent l'homme d'aujourd'hui, que l'on ne peut utilement chercher une

> solution à ces difficultés sans changer en profondeur les structures économico-sociales et politiques de ce pays. (Pilon, 1976, p. 19)

Or, le document souligne que du point de vue de la CESBES elle-même, la conception globale de la santé et du développement social présentée dans son rapport « fixait des objectifs qui dépassaient largement le champ d'action du régime de la santé et des services sociaux et qui devenaient des objectifs pour notre société. » (Pilon, 1976, p. 19) Dans cette optique,

> les organisateurs communautaires doivent être conscients que [...] d'autres que le C.L.S.C. ont reçu le mandat d'empêcher la propagation des maladies transmissibles, de maîtriser la pollution par le bruit et l'air, de veiller à ce que les aliments et l'eau de consommation ne soit pas contaminés (Pilon, 1976, p. 21).

Autrement dit, les mandats plus « globaux » ne sont pas du ressort des CLSC ou de l'action communautaire et ce, *même lorsque ces autres institutions ne remplissent pas leur mission* : « il ne revient pas au C.L.S.C. ou à l'organisation communautaire de se charger des mandats confiés à d'autres organismes, institutions ou ministères dès le moment où ces rôles et fonctions peuvent paraître mal ou insuffisamment assumés » (Pilon, 1976, p. 21). Néanmoins, l'organisation communautaire peut contribuer « d'une manière limitée » à l'atteinte des objectifs de la réforme en adoptant « une approche pragmatique, génératrice d'actions immédiatement réalisables, situées dans un cadre précis d'intervention » (Pilon, 1976, p. 23). On constate donc, ici comme dans les documents précédents, une certaine distance entre, d'une part, la valorisation, en principe, du rôle central de l'action communautaire dans la réalisation l'approche globale et sociale et, d'autre part, le rôle restreint et de plus en plus spécifique qui lui est attribué en pratique.

Fait nouveau, on va même jusqu'à souligner la contribution éventuelle de l'organisation communautaire aux programmes préventifs qui insistent sur les mauvaises habitudes de vie (individuelles) : en effet, on considère que l'organisation communautaire peut « contribuer de façon fort significative à rendre davantage

consciente l'ensemble de la population à ses habitudes de vie. » (Pilon, 1976, p. 22) En insistant sur la responsabilité individuelle dans l'émergence des maladies, on pousse encore plus loin l'idée qu'une des fonctions principales de l'organisation communautaire est d'être un soutien pour les autres programmes du CLSC, et notamment les programmes de prévention spécifiques, qui apparaissent eux aussi comme étant pensés dans une perspective fortement individualiste :

> C'est ainsi qu'en collaborant avec d'autres intervenants du C.L.S.C., les organisateurs communautaires pourront avantageusement être associés à la mise en place de programmes d'éducation pour lutter contre l'alcoolisme [...]. Ils apporteront alors une contribution significative pour aider à ce que notre système de santé serve à autre chose qu'à soigner des maladies qui demeurent largement causées par des excès sur le plan individuel et par de mauvaises habitudes de vie. (Pilon, 1976, p. 22)

De plus, les organisatrices et aux organisateurs communautaires, plutôt que de s'attribuer un rôle socio-politique de transformation sociale et globale, doivent agir comme « instrument et agent de développement de leur communauté » (Pilon, 1976, p. 20). On réitère ainsi les fonctions attribuées à l'organisation communautaire dans les documents ministériels précédents, à savoir essentiellement la stimulation de la participation populaire et le développement de services communautaires. Cependant, il devient ici très clair que le « développement communautaire » n'est pas compris dans une perspective de revendication et de contestation sociale, et qu'il ne vise pas à exiger de nouvelles ressources en faveur des communautés. Il s'agit plutôt de « se débrouiller avec les moyens du bord », c'est-à-dire de favoriser, par l'entraide et le bénévolat, le développement de services communautaires à partir des ressources *déjà existantes* dans la communauté.

Ainsi, l'organisation communautaire vise à mettre de l'avant des projets « dans le but d'identifier et/ou de répondre à des besoins d'ordre social ou sanitaire *qui ne peuvent être satisfaits par les seuls services publics existants* » (Pilon, 1976, p. 8) et à soutenir « des individus et des groupes qui cherchent à satisfaire, *par eux-mêmes*, à un ordre de

besoins sociaux ou sanitaires auxquels l'on ne répond pas ou encore imparfaitement. » (Pilon, 1976, p. 10)[557] L'organisation communautaire est d'ailleurs ici explicitement située dans le cadre d'une conception résiduelle de l'État. Dans ce contexte, les services communautaires apparaissent plutôt comme une alternative « à coût nul » à la contestation et aux revendications socio-politiques susceptibles de mener à une redistribution des richesses :

> Comme il en a toujours été, ce ne sont que les besoins que les individus ne parviennent pas à satisfaire par eux-mêmes ou qui ne trouvent pas satisfaction par l'entremise de pairs, de la famille ou du voisinage, qui doivent commander l'intervention des pouvoirs publics. Mais tant que ces besoins n'atteindront pas une ampleur, une fréquence et une distribution telle qu'ils rendront nécessaire l'intervention de l'État, les communautés locales doivent continuer d'assumer la responsabilité de satisfaire à ces besoins. (Pilon, 1976, p. 12)

Si l'organisation communautaire est présentée dans ce document comme essentielle au modèle des CLSC, elle est donc conçue de manière restrictive, avec un rôle se limitant pour l'essentiel à 1) favoriser la participation, 2) agir sur les habitudes de vie (individuelles) malsaines et 3) promouvoir le développement de services communautaires, conçus en termes d'entraide et de bénévolat :

> En permettant aux usagers des C.L.S.C. d'être plus intimement associés aussi bien à la gestion qu'à la distribution des services de l'établissement, en transformant les habitudes de vie et les attitudes de plusieurs de leurs concitoyens en les amenant à développer des pratiques de coopération qui, sans son apport, ne se développeraient pas naturellement, l'organisation communautaire demeurera essentielle au plein accomplissement du mandat confié aux C.L.S.C. (Pilon, 1976, p. 23)

Comme pour les autres grandes tendances analysées plus haut, le changement de gouvernement en 1976 n'impliquera pas de changement d'orientation important dans la conception de la prévention et de la place de l'action communautaire dans les CLSC. Au contraire, la tendance à la marginalisation de l'action communautaire au sein des

---

[557] C'est moi qui souligne.

CLSC semble s'accentuer, comme en témoigne le document conjoint de 1977 (FCLSC et MAS, 1977) et l'allocution présentée par le nouveau ministre, Denis Lazure, au congrès spécial de la FCLSC (Lazure, 1977, 23 octobre). Tout comme les documents précédents, le document conjoint rappelle que les CLSC ont pour principale fonction de contribuer à l'atteinte des grands objectifs sociaux de la Réforme des Affaires sociales et du ministère, réitérant ainsi – de manière maintenant presque rituelle – l'adhésion du MAS à une conception globale, sociale et communautaire de la santé et de la prévention : « le C.L.S.C. vise, par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1).

Cependant, malgré l'importance accordée en principe à la prévention et à « l'approche communautaire », il est intéressant de souligner que, encore plus que dans le document de travail de 1975 (MAS, 1975), l'action communautaire est pratiquement absente du document conjoint de 1977. Ainsi, même dans les sections du document où l'on insiste sur le rôle des CLSC dans l'amélioration du milieu social et des conditions de vie – traditionnellement considérée comme étant au cœur de l'action communautaire –, aucune mention n'est faite de celle-ci. C'est plutôt par le biais des services de santé et des services sociaux courants (curatifs et préventifs) ainsi qu'à partir des programmes spécifiques de prévention, qu'on espère agir sur les causes sociales de la maladie :

> Le centre local de services communautaires travaille à l'amélioration de la santé, du milieu social et des conditions de vie des individus et des groupes en rendant accessibles des services de première ligne et de prévention et en organisant à leur intention des programmes spécifiques axés sur la prévention. Cette orientation conduit à l'intégration du préventif et du curatif, de même qu'à l'intégration des services de santé et des services sociaux. (FCLSC et MAS, 1977, p. 6)

De fait, à l'instar du ministre Forget qui, comme nous l'avons vu, insistait lors de son allocution au congrès de fondation de la FCLSC sur l'importance de prioriser les services – et notamment les services curatifs – dans le processus d'implantation des

CLSC (Forget, 1975, 3 mai), le document conjoint est fortement axé sur la dispensation des services (plutôt que sur le développement communautaire et la mobilisation des populations autour d'enjeux liés à la santé) : « Le Ministère insiste pour que, lors de ces implantations, le démarrage des programmes axés sur les services à la clientèle se fasse rapidement. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 8) Le ministre Lazure insiste d'ailleurs lui aussi, dans son allocution au congrès spécial de la FCLSC, sur la priorité à donner aux services (Lazure, 1977, 23 octobre).

Comme Forget précédemment, il considère que c'est à partir de ces services qu'il sera possible pour les CLSC de pénétrer dans les milieux et de rejoindre la population (alors que le processus initial d'implantation consistait au contraire à se baser sur les préoccupations exprimées par le milieu pour identifier les services à développer) : « L'intégration véritable au milieu exige que nos objectifs s'incarnent de plus en plus, et sans trop de délais, dans des gestes concrets, des gestes que je nomme des services à la population. » (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 8) Dans le même ordre d'idée, le ministre relativise également les spécificités locales des communautés en affirmant que malgré la variété des milieux et des CLSC, « il y a une réponse commune à donner pour tous les C.L.S.C. Pour la population, cette réponse se résume en un mot : des services. » (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 8-9) Autrement dit, les CLSC « doivent s'enraciner en rendant plus visible, très tangible pour la population, et leur présence et leur activité. La voie privilégiée : des services, dans une perspective de complémentarité, tant au niveau national, régional que local. » (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 16)

Le ministre se défend, par cet accent mis sur les services – et notamment sur les services considérés comme prioritaires par le ministère –, de vouloir remettre en question la vocation préventive des CLSC :

> Vous craignez peut-être de vous laisser envahir par les services et d'en négliger votre vocation préventive. [...] Les services à rendre ne menacent pas votre

> mission préventive, mais s'intègrent à elle. [...] Mon insistance sur ce terme de services n'a pas pour but de réduire le rôle du C.L.S.C. La prévention est une perspective nouvelle qui doit à la fois orienter notre pratique et commander de nouveaux types de services. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 9-11)

De même, le document conjoint précise que la mission des CLSC ne se réduit pas aux services curatifs : « Pour remplir sa mission, le C.L.S.C. ne doit pas se limiter à répondre aux demandes de soins et d'aide qui lui sont adressées. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 3) Néanmoins, et même en ce qui concerne l'action sur les causes sociales de la maladie, on s'en remet pour l'essentiel à une conception étroite de la prévention, incarnée principalement dans les programmes de prévention spécifiques : « [Si le CLSC] veut atteindre ses objectifs, améliorer la santé et les conditions sociales de la population, il lui faut également développer des programmes spécifiques de prévention. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 3) Lors de son allocution, le ministre va dans le même sens en affirmant que la réduction des inégalités passe par le développement de programmes spécifiques de prévention destinées aux groupes considérés comme vulnérables par le ministère :

> Quand les C.L.S.C. ont été créés, il existait au Québec des secteurs et des régions négligés par le réseau des Affaires sociales, situation qui dans bien des cas n'a pas changé. Je songe particulièrement aux clientèles, que comme nouveau gouvernement, nous avons désigné [sic] comme prioritaires : les personnes âgées, les malades chroniques, les handicapés, les jeunes mésadaptés et à des régions aussi que nous désignons prioritaires c'est-à-dire les régions rurales. Nous n'avons donc pas le choix, face aux inégalités que je viens d'évoquer : pour prévenir de telles disparités dans l'avenir il faut commencer par les atténuer dans le présent ; et le C.L.S.C. est l'instrument le plus adéquat dont dispose actuellement le Québec pour réaliser des changements dans ce domaine. (Lazure, 1977, 23 octore, p. 10-11)

De plus, l'action communautaire elle-même – qui, rappelons-le, est quasi-absente du document conjoint – n'est mentionnée (et seulement indirectement) qu'en tant que soutien à ces mêmes programmes spécifiques de prévention. En effet, elle disparait pratiquement de la programmation des CLSC prévue dans ce document. Cette

programmation inclut : 1) les services de santé et les services sociaux courants (dans lesquels, contrairement aux documents précédents, il n'est fait aucune mention de l'action communautaire) ; et 2) les programmes spécifiques, où l'action communautaire semble avoir un rôle – de soutien – à jouer, mais sans qu'elle soit mentionnée explicitement (et sans aucune référence directe à la contribution éventuelle des organisatrices et des organisateurs communautaires) :

> L'approche globale communautaire qui doit caractériser ces programmes [spécifiques] permet au C.L.S.C. de s'attaquer aux causes réelles des problèmes auxquels fait face la population et lui permet ainsi de les prévenir. C'est surtout ici que s'exerce la 'multidisciplinarité' ou l'action commune d'intervenants de diverses disciplines et que la participation ou la prise en charge, tant individuelle que collective, prend tout son sens. (FCLSC et MAS, 1977, p. 3)

Enfin, bien que le document conjoint ne mentionne que très peu, et toujours indirectement, le rôle de l'action communautaire dans les CLSC, on peut y déceler une perspective proche de celle mise de l'avant dans le document de travail consacré à cette question (Pilon, 1976). Transparaît en effet dans le document conjoint une conception de l'action communautaire axée sur l'entraide et sur la responsabilité individuelle en matière de santé : « il faut [que le CLSC] voit à ce que chaque résident de son district prenne conscience de l'importance de sa santé et de celle des autres et de l'obligation de s'entraider qui en découle. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 3) La tendance à voir le rôle de l'action communautaire comme devant favoriser le développement de services communautaires à partir des ressources déjà existantes dans les communautés (plutôt que par la revendication de nouvelles ressources) ou, autrement dit, l'insistance sur la nécessité d'inciter les populations locales à prendre en charge *elles-mêmes* leurs problèmes socio-sanitaire est aussi présente ici. Ainsi, le document conjoint précise que le CLSC vise notamment « à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. » (FCLSC et MAS, 1977, p. 1) Cette idée d'une responsabilisation des communautés et des individus face aux causes sociales de la maladie est aussi reprise par le ministre Lazure lors de son allocution au congrès de la FCLSC :

> Il faut continuer de s'attaquer aux causes de la maladie pour la prévenir par des actions auprès des communautés locales et avec elles, et viser à transformer les consommateurs passifs de soins en citoyens individuellement et collectivement responsables de leur bien-être. (Lazure, 1977, 23 octobre, p. 7)

On a vu que le document de 1981 visant à annoncer le parachèvement du réseau et ses modalités techniques (MAS, 1981) ne propose pas de nouvelle définition des CLSC mais reprend pour l'essentiel celle contenue dans le document conjoint de 1977. Toutefois, le document de 1981 insiste davantage que les précédents sur l'impératif de réduire les coûts du système socio-sanitaire. Bien sûr, cette préoccupation n'est en elle-même pas nouvelle : déjà dans le rapport de la CESBES, un des objectifs principaux du virage d'un système hospitalo-centrique et curatif vers un système centré sur les soins généraux et sur la prévention – virage dans lequel les CLS devaient jouer un rôle pivot – était de réduire les coûts du régime de la santé dans un contexte où l'État s'apprêtait à prendre en charge le financement du système par le biais de l'assurance-maladie publique et universelle. Toutefois, il est intéressant de souligner ici à quel point l'enjeu de la réduction des coûts redevient central dans la perspective sur la prévention mise de l'avant ici.

En effet, il est très clair dans ce document que l'importance accordée à la prévention est sous-tendue avant tout par des considérations très pragmatiques. Il s'agit ainsi, par le développement de services préventifs – et notamment de programmes spécifiques de prévention destinés aux groupes jugés particulièrement vulnérables par le ministère –, d'éviter le recours inutile à des services lourds (et coûteux) :

> Il revient en effet aux C.L.S.C. d'intervenir auprès des personnes et des milieux *avant* que les problèmes d'ordre socio-sanitaire qui les affectent ne deviennent à ce point graves qu'ils commandent le recours à des services spécialisés ou services lourds qualifiés ainsi à cause de l'équipement et la technologie plus perfectionnés qui leur sont nécessaires et dont les coûts sont de plus en plus élevés et onéreux. (MAS, 1981, p. 7)

En fait, la prévention apparait dans ce document comme réduite, pour l'essentiel, à l'objectif de réduction des coûts. Autrement dit, la prévention est ici clairement subordonnée aux contraintes imposées par le contexte de restriction budgétaire (sur lequel nous reviendrons au chapitre suivant) :

> [Les] objectifs de développement des C.L.S.C. pourraient être explicités, en termes de prévention, par les deux impératifs suivants visant : d'une part, à empêcher qu'en l'absence de services légers, des personnes ne soient contraintes d'utiliser des services lourds alors qu'en principe leur état ne justifie pas le recours à de telles ressources spécialisées ; d'autre part, à empêcher que, en l'absence encore de services légers disponibles pour des interventions courantes et primaires, l'état de fonctionnalité des personnes ne se détériore davantage au point que ces personnes deviennent éligibles ou contraintes de recevoir des services spécialisés dans des établissements eux-mêmes spécialisés. (MAS, 1981, p. 8-9)

Encore une fois, c'est une dimension importante du modèle initial des CLSC qui, au moment où on annonce le parachèvement du réseau, est largement évacuée. D'abord, la conception socio-politique de la prévention et de l'action communautaire – qui, rappelons-le, devient une partie intégrante du modèle initial des CLSC non pas à l'initiative du ministère, mais bien parce qu'elle se développe sur le terrain dans plusieurs CLSC – est à partir de 1974 clairement écartée par le MAS qui, après les avoir tolérées durant les premières années, rejette explicitement les tendances de l'action communautaire à « politiser » ses pratiques. Mais plus encore, l'action communautaire elle-même est de plus en plus marginalisée dans la programmation des CLSC en même temps que s'impose, sinon en principe mais du moins en pratique, une conception étroite – et souvent davantage sanitaire que sociale – de la prévention. Et dans un contexte où l'insistance du ministère sur la prestation de services – notamment curatif – est de plus en plus pressante, les CLSC ainsi dépolitisés et « normalisés » semblent désormais peu susceptibles de devenir, comme prévu, les vecteurs au sein du réseau socio-sanitaire d'un renouvellement des pratiques et d'un virage vers la prévention.

8.2.4 Sur le terrain : les effets (décalés) de la réorientation imposée aux CLSC par le ministère

Comme nous le verrons maintenant, les grandes tendances vers la détermination, au niveau national, de programmes spécifiques (et donc vers des CLSC « complémentaires » au secteur privé), vers la bureaucratisation des CLSC, vers le déclin de l'autonomie et de la participation citoyenne ainsi que vers la marginalisation et la dépolitisation de l'action communautaire qu'on a pu observer dans l'évolution des orientations du MAS à partir de 1974 seront fortement ressenties par la plupart des personnes ayant participé aux entretiens et auront éventuellement des impacts importants sur le terrain. Cependant, comme nous l'avons évoqué en introduction de ce chapitre, certains constats intrigants ressortent également des témoignages des actrices et acteurs de l'époque. D'abord, la très grande majorité des personnes interrogées n'ont aucun souvenir – ou ne gardent qu'un souvenir très vague – du moratoire décrété par le ministre Forget à partir de 1974. Autrement dit, alors que cette date est généralement considérée comme un tournant important dans l'histoire des CLSC – c'est effectivement à ce moment que s'amorce la redéfinition du modèle initial dans les officines du MAS –, elle n'est pas considérée, du point de vue des personnes directement impliquées dans les CLSC, comme un moment charnière dans l'évolution de ce modèle d'établissement.

De fait, bien que le MAS s'engage dès la nomination du ministre Claude Forget dans un effort de plus en plus important d'encadrement bureaucratique des CLSC et de resserrement des perspectives en matière de prévention et d'action communautaire, il semble que ces changements d'orientations ministérielles n'auront, dans un premier temps, que peu d'effet sur les pratiques locales. Un seul organisateur communautaire affirme avoir perçu ce changement dès 1977, et c'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a quitté la pratique de l'organisation communautaire en CLSC (entretien 10). Un autre organisateur communautaire témoigne au contraire du fait que dans son CLSC, l'action

communautaire a pu maintenir sa combativité et sa vitalité jusqu'au début des années 2000 (entretien 7). Il considère cependant (et les autres entretiens tendent à le confirmer) que son expérience est exceptionnelle et que dans la plus grande partie des CLSC, l'action communautaire a subi un déclin important à partir des années 1980.

Et en effet, pour la plupart des personnes ayant participé aux entretiens, le virage dans le modèle des CLSC s'est plutôt produit durant les années 1980. Ainsi, un organisateur communautaire situe ce virage en 1986-1987, au moment où les organisatrices et les organisateurs communautaires ont créé le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire : « Avant on n'avait jamais eu besoin de faire ça. » (Entretien 1) Un autre situe le changement à partir de 1981, année où a débuté le déploiement de la deuxième vague de CLSC « avec des programmes-cadres » (Entretien 2). Selon lui, « dans les années 1980, [...] le discours [du ministère] avait changé. » (Entretien 2) Un troisième organisateur communautaire considère lui aussi qu'un virage important s'est produit au début des années 1980, en même temps que le début de la crise économique : « Et là nous on l'a senti le virage en 1981-1982-1983-1984. » (Entretien 17)

Un médecin remarque quant à lui que « les orientations étaient plus encadrées je pense dans les années 1980-1990, il y avait plus d'encadrement » (entretien 3). Comme plusieurs de ses collègues, un organisateur communautaire estime que la tendance à organiser des luttes et des revendications socio-politiques à partir des CLSC, « ça s'est perdu à partir des années 1988-90 à peu près. De 1975 à 1990, il y avait beaucoup d'initiatives, de créativité au plan de l'organisation communautaire. » (Entretien 4) Le déclin de la participation se produit également, selon lui, durant les années 1980 :

> Je me rappelle en 1989 on a fait une expérimentation sur l'approche réseau. Et c'est là qu'on s'est rendu compte de la difficulté de rejoindre les gens. C'était changé. Ce n'était plus aussi facile de rejoindre les gens. C'était moins spontané. Il fallait passer par des canaux plus officiels. Début 1990. Moi je te dirais que pour notre région ici, peut-être qu'à Montréal ça peut être différent, je te dirais

> que [...] les belles années c'est 1975 à 1985. 1985-1990 un peu mais les belles années c'est 1975 à 1985. Dix ans. Dix ans où on travaillait beaucoup en concertation avec la population. Beaucoup beaucoup beaucoup. » (Entretien 4)

On constate donc un certain décalage entre la réorientation entamée par le ministère à partir de 1974 et le moment où cette réorientation produira des effets tangibles sur le terrain (moment qui, pour la plupart des personnes interrogées, se produit durant les années 1980). Nous verrons au prochain chapitre qu'une analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes au cours de cette période nous permettra de comprendre ce décalage. Pour l'instant, il importe surtout de garder à l'esprit que les altérations du modèle initial des CLSC vécues par les actrices et acteurs de l'époque et rapportées ici ne se produisent pas simultanément aux initiatives ministérielles en vue de la redéfinition de ce modèle, mais bien quelques années plus tard.

D'abord, sans surprise et de manière générale, la plupart des personnes ayant participé aux entretiens constatent une tendance vers le déclin de la participation citoyenne et de la culture démocratique au sein des CLSC. Une infirmière témoigne du fait qu'à partir des années 1980, les personnes sur le conseil d'administration étaient plus souvent nommées qu'élues :

> Par rapport au conseil d'administration, c'était plus organisationnel. Dans le sens que c'était des nominations. Des gens se présentaient mais il n'y avait pas vraiment de vote parce qu'il y avait une personne qui s'était présentée donc elle était sur le CA. Mais il n'y avait pas cette effervescence pour... (Entretien 18)

Un organisateur communautaire affirme quant à lui que « les premières années, il y avait plus de facilité selon moi à mobiliser les citoyens. [...] Les dernières années c'était une vraie farce. » (Entretien 1) Un médecin arrive aux mêmes conclusions, mais est plus explicite sur le processus ayant mené au déclin de la participation, soulignant notamment l'impact des modifications aux structures formelles des CLSC :

> Vraiment un des points forts des CLSC au début c'était l'aspect démocratique. Le conseil d'administration, le directeur général, c'était extrêmement

> démocratique. Et tu voyais à travers les années que ça devenait… le pouvoir se concentrait de plus en plus dans les mains du directeur général, de moins en moins dans le conseil d'administration. Il y avait de moins en moins des élus de la population dans le conseil d'administration. C'est quelque chose de vraiment graduel jusqu'au point où aujourd'hui avec la loi 10, il n'existe plus de démocratie. (Entretien 3)

Autre constat général partagé par la plupart des personnes ayant participé aux entretiens : une tendance vers la bureaucratisation des CLSC qui, comme la plupart des entretiens tendent à le confirmer, a aussi joué un rôle central – peut-être même davantage que les modifications aux structures formelles des CLSC – non seulement dans le déclin de la participation citoyenne, mais aussi quant au rôle et à la place de l'action communautaire. Un organisateur communautaire témoigne ainsi de son expérience :

> Au bout d'un certain temps, l'ensemble du CLSC, l'ensemble des autres services du CLSC se sont énormément bureaucratisés, etc. Et nous, la petite équipe d'organisation communautaire on avait nos contacts à l'intérieur des autres services. […] On faisait des projets avec eux-autres. Mais on considérait que l'ensemble du personnel du CLSC était sur le 5 heures moins quart. Le noyau sur lequel on se repliait c'était notre petite équipe d'action communautaire. (Entretien 7)

Un autre organisateur communautaire fait un constat semblable à propos de la deuxième vague des CLSC, créés durant les années 1980 : « Après ça les autres CLSC […] ce n'était pas des CLSC qui s'étaient développés avec une culture ancrée dans le milieu. C'était du monde qui venait travailler dans une boîte bureaucratique. » (Entretien 2) Si, à l'instar d'autres personnes interrogées, il porte un jugement sévère sur ces CLSC de seconde génération, il considère que les premiers CLSC n'ont pas non plus échappé à ces tendances à la bureaucratisation. Il résume d'ailleurs ainsi sa perception du virage du modèle des CLSC durant les années 1980, en insistant notamment sur le rôle des « programmes-cadres » dans ce virage :

> Il y a deux choses qui ont changé de façon majeure. [...] La notion de panier de services a commencé à apparaître dans ces années-là. Ça, ça voulait dire qu'il fallait standardiser. [...] Et là il y a eu des programmes-cadres, c'est-à-dire que tous les CLSC, il fallait qu'ils aient la même affaire. [...] La deuxième chose importante, c'est les styles de gestion. [À partir des années 1980] ils ont mis... on a appelé ça les gérants de Steinberg. Ils ont dit pour gérer cette institution-là – parce que là on ne parle plus d'une boîte de quartier, on parle d'une institution du ministère – et pour gérer ça, ça prend des gestionnaires. [...] Alors là tout de suite on a changé de paradigme. On est tombé dans des programmes, avec une reddition de compte avec des statistiques, et avec des résultats, et avec des gestionnaires qui géraient l'argent et qui géraient le personnel. (Entretien 2)

Cette analyse est partagée, pratiquement dans les mêmes termes, par un organisateur communautaire d'une autre région. Soulignant qu'à l'origine, « il y avait l'idée que le CLSC doit être le fruit de la volonté de la population locale et s'adapter à chaque milieu », il constate que « par la suite s'est installée une forme de gestion où il fallait uniformiser. » (Entretien 4) Il présente ainsi les changements qui se produisent à partir des années 1980, mettant lui aussi en relief la tendance du ministère à imposer des programmes définis :

> 'Vous allez vous cantonner dans des programmes qui sont déjà [...] définis.' Donc ce n'est plus l'émergence de ce qui se passe dans une communauté qui prime, c'est : 'Tu as des mandats à remplir.' Donc, ça change les pratiques. Et là de plus en plus est arrivée aussi l'idée de gérer ça de façon efficiente. Parce que dans le dénigrement [médiatique et médical des CLSC], une des choses qui était dite c'est : 'On n'est pas capable de mesurer. [...] On n'est pas capable de mesurer ce qui se fait, en termes de mesure objective, donc il faut trouver une manière de s'assurer que l'argent qu'on donne va avoir des résultats concrets.' Donc là est arrivé, moi ce que j'ai subi entre autres dans ma pratique, c'est de dire : là vous allez travailler maintenant avec des données probantes [c'est-à-dire à partir d'une vision administrative basée sur la mesure, des cibles et des statistiques]. (Entretien 4)

S'il souligne lui aussi le changement dans les styles de gestion, il en attribue cependant davantage la responsabilité aux directives du ministère qu'aux gestionnaires elles-mêmes et eux-mêmes, même s'il considère important le passage de gestionnaires « progressistes » à des gestionnaires plus proches des milieux administratifs,

professionnels ou d'affaires, passage qui selon lui se produit à l'époque dans plusieurs CLSC à l'initiative du ministère :

> Au début il y avait même des gestionnaires qui étaient en friction avec la Fédération des CLSC, [...] qui étaient plus progressistes que d'autres. Mais par la suite, je dirais que c'est beaucoup l'État qui a commencé à déterminer le type de gestionnaires. Et le type de gestionnaires qu'on voulait, c'était plus des gens pour gérer ça comme on gère une entreprise. C'est ça qui est arrivé. Il y a eu une espèce de changement de vision des CLSC. Autant au début on avait de tout un peu partout, autant c'est devenu : il y a un modèle et on doit respecter ce modèle-là. Il y avait des commandes aussi. Les gestionnaires... moi je ne suis pas prêt à mettre beaucoup sur le dos des gestionnaires locaux les problèmes au niveau du changement dans les pratiques. Moi je pense que ça vient beaucoup plus de l'État à partir du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ça vient beaucoup plus de là. (Entretien 4)

De manière tout à fait cohérente avec l'évolution des orientations ministérielles présentées plus haut, ces intervenants constatent donc une centralisation des décisions (et une réduction de l'autonomie des CLSC) dans la détermination des programmes ainsi qu'un encadrement bureaucratique accru des CLSC, qui s'accompagne notamment d'une professionnalisation des directrices et des directeurs généraux et de mécanismes de reddition de compte sous la forme de mesures statistiques de la performance des CLSC. D'autres personnes interrogées font des témoignages semblables. Un organisateur communautaire devenu cadre dans un CLSC mentionne ainsi qu'à partir des années 1980, « c'est sûr que c'est devenu plus... ils ont commencé leurs ostie de statistiques qui rentraient... le contrôle que j'appelais. » (Entretien 13) De même, cet autre organisateur communautaire considère que « plus les gens étaient contrôlés avec des statistiques, des ci et des ça, moins ils s'impliquaient dans leur travail. » (Entretien 7)

Si la plupart des personnes ayant participé aux entretiens constatent une centralisation des décisions et une bureaucratisation accrue des CLSC à partir des années 1980, elles s'accordent également pour voir dans ces changements – et en particulier dans

l'imposition de programmes spécifiques élaborés par le ministère ou les instances régionales – une des sources importantes du déclin de la participation citoyenne. Cet organisateur communautaire est très clair à cet égard :

> Dès que les programmes sont devenus… là il n'y avait plus d'intérêt d'avoir des comités de programme. […] Le lien avec les citoyens il s'est fait autrement, mais plus comme institution, plus comme le CLSC connecté avec les gens du milieu. Parce que les programmes étaient tous cannés et les gens n'avaient probablement plus d'influence sur le contenu. C'est peut-être ça qui s'est passé. […] Si le programme arrivait de Québec […] qu'est-ce qu'un citoyen peut dire pour [ou] contre ? Il va dire : 'Vous allez faire ça ? OK d'abord faites-le.' Il n'y a pas de vas-et-viens entre ce que le citoyen veut et le programme… T'as besoin d'un gestionnaire, t'as pas besoin de la population pour parler de ça. (Entretien 2)

Un autre organisateur communautaire insiste également sur l'impact de l'uniformisation des programmes et de la centralisation des décisions sur la participation citoyenne. Il souligne lui aussi l'importance d'accorder un véritable pouvoir à la population pour stimuler sa participation :

> Mais il y avait encore à ce moment-là aussi de la place pour des services locaux où on prenait des décisions. Parce que c'est ça qui fait que ça mobilise aussi. Parce qu'on sait qu'on peut avoir une influence. T'as un panier de services […], mais dans le temps il pouvait se changer. Tandis que là, c'était… nous on a appelé ça l'effet McDonald […]. C'était de rendre tous les CLSC partout pareil. On veut bien sûr les services de base, mais après ça il faudrait tenir compte de la population qu'on a et des besoins qui émergent et des difficultés et des problématiques socio-sanitaires. (Entretien 1)

Ce même organisateur communautaire considère qu'à partir du moment où les programmes ont commencé à être déterminés par le ministère, la population n'a plus eu le sentiment d'avoir une influence réelle et, conséquemment, son intérêt et sa participation ont décliné :

> Moi je trouve que les dernières années il se passait des affaires assez difficiles dans nos réseaux. […] Je pouvais très bien voir que les gens du milieu communautaire, et la population et les gens qui tournent autour avaient de moins en moins d'intérêt à y aller parce qu'ils n'ont pas l'impression d'être entendus.

> Ils n'ont pas l'impression d'avoir une influence là-dessus non plus. [...] C'est déjà normé, ça vient d'en haut [...] et ils n'ont pas d'influence tellement alors à ce moment-là, l'intérêt peut être moins là aussi. Parce que si localement on ne peut pas changer les choses, ce n'est pas très... (Entretien 1)

Un organisateur communautaire souligne qu'à partir des années 1980 et avec la deuxième vague de CLSC – dont les programmes étaient pour l'essentiel déterminés par le ministère – le processus d'implantation a pris une forme qui reposait principalement sur la directrice ou le directeur général et sur des analyses statistiques et populationnelles qui évacuaient complètement la consultation, et donc la participation citoyenne :

> Le ministère ouvrait un concours, il engageait le DG, le DG rentrait, il engageait du monde et il donnait des services. [...] Ils ont commencé à engager des DG, donner des services, pas de consultation, rien. Peut-être que le gouvernement disait : 'C'est une perte de temps, on n'a pas besoin de ça.' Dans un sens, oui c'est vrai. Sur le plan statistique tu peux aller chercher tes données sans consulter et tu as une bonne idée, mais il y a un volet qualitatif. Les relations avec les gens. Les interrelations avec les gens. Ça c'était important pour bien comprendre le milieu. (Entretien 17)

Tout comme l'organisateur communautaire cité plus haut (entretien 2), il considère cependant lui aussi que la première génération de CLSC n'a pas échappé au déclin de la participation qui accompagne la centralisation des décisions quant aux programmes à développer :

> Ça n'a pas été long que la participation se résumait à quelques postes sur le conseil d'administration du CLSC. [...] Les gens venaient au conseil mais il n'y avait pas d'instance de consultation ben ben. Ils recevaient l'argent de Québec et ils partaient le programme. On était rendu comme les nouveaux CLSC. (Entretien 17)

De l'avis de plusieurs des actrices et acteurs de l'époque, les tendances du ministère à imposer aux CLSC des programmes spécifiques et un style de gestion bureaucratique ont eu – en plus de leurs impacts sur la participation citoyenne – des effets importants

sur le rôle et la place de l'action communautaire dans les CLSC. De manière tout à fait cohérente avec l'évolution des positions du ministère à l'égard de la prévention et de l'action communautaire (voir *supra*, section 8.2.3), ces actrices et acteurs témoignent d'une marginalisation et d'une dépolitisation de l'action communautaire, qui se retrouve de plus en plus subordonnée aux programmes spécifiques de prévention et soumises aux directives de la santé publique.

Autrement dit, alors qu'une conception socio-politique de la prévention s'exprimait à l'origine fortement dans plusieurs CLSC, on passe à partir des années 1980 à une conception plus « sanitaire » de la prévention et plus proche de la santé publique traditionnelle, en bonne partie par le biais de l'intégration de l'action communautaire aux autres programmes – et en particulier aux programmes spécifiques de prévention – du CLSC. Un organisateur communautaire affirme ainsi que « dans la structure du CLSC, [...] très rapidement autour des années 1980, ils ont commencé à prendre les organisateurs communautaires et à les mettre dans des services de maintien à domicile, enfance-famille-jeunesse, etc. Les lier à ces [programmes]. » (Entretien 7) Un autre organisateur communautaire exprime très clairement le lien entre cette subordination de l'action communautaire aux programmes définis par le ministère et la dépolitisation de ses pratiques :

> Si tu veux faire de l'action politique dans un CLSC, ça te prend des services communautaires. [...] Mais dans les dernières années de plus en plus on essaie de balayer ça et on essaie d'avoir des OC qui embarquent dans [...] les programmes. [...] Les services communautaires, on devient de plus en plus... on essaie de les axer sur la tâche [...]. On veut que le communautaire serve les intérêts dominants et puis le programme normé. (Entretien 1)

Un organisateur communautaire d'une autre région considère lui aussi que l'uniformisation des programmes et l'intégration de l'action communautaire (et donc des organisatrices et des organisateurs communautaires) dans les divers programmes spécifiques établis par le ministère rendent beaucoup plus difficile l'application par les

organisatrices et les organisateurs communautaires d'une approche globale (et socio-politique) axée sur les causes sociales de la maladie. Il précise que cette tendance s'oppose aux pratiques antérieures, qui consistaient plutôt à regrouper les organisatrices et les organisateurs communautaires « dans une équipe qui jette un regard sur l'ensemble des programmes » (entretien 2) et qui élabore, à partir des demandes du milieu, des programmes concernant les problématiques globales et sociales – et donc politiques – affectant le quartier. Or :

> Aujourd'hui, il n'y a pas de programme pauvreté dans les CLSC. Il y a des CLSC qui font des actions contre la pauvreté, mais pas de programme 'Problèmes d'ordre économique'. [...] Aujourd'hui, un CLSC qui aurait un programme 'Aménagement du territoire', je ne le vois pas. (Entretien 2)

Selon lui, agir dans une perspective socio-politique sur l'enjeu de la pauvreté, du logement ou de l'alimentation, « c'est beaucoup plus difficile à faire si on est dans un programme [spécifique défini par le ministère]. » (Entretien 2) Dans une optique semblable, un organisateur communautaire – qui ne rejette pas l'idée d'avoir « un panier de services de base » – insiste sur la nécessité d'avoir aussi des services adaptés aux milieux et considère qu'« ils auraient pu là-dessus avoir un programme collectif. » (Entretien 17) S'il admet que pendant un certain temps, les organisatrices et les organisateurs communautaires de son CLSC ont préservé une certaine marge de manœuvre leur permettant de continuer à répondre à certaines demandes du milieu, il insiste sur le fait qu'assez rapidement à partir des années 1980, elles et ils ont cessé de se rendre dans les communautés pour susciter ces demandes :

> On avait un jeu quand même, on avait une possibilité de jouer, selon les demandes. [...] Moi je pouvais retourner au niveau communautaire si j'avais une demande de la communauté, mais je n'allais plus tellement la susciter. Au début beaucoup plus. Mais après ça on n'allait plus en communauté. (Entretien 17)

Cet organisateur communautaire note aussi que de plus en plus, l'action communautaire se fera imposer une orientation rapprochant ses pratiques de celles de

la santé publique, à laquelle elle se trouve d'ailleurs de plus en plus directement subordonnée :

> Sauf que faut pas se le cacher, moi je suis parti en 2004 et en dernier les commandes du milieu, c'était la santé publique de [sa région] qui nous disait : 'Vous travaillez sur tel dossier.' [...] C'était bon. [...] Mais on était bien loin des dossiers de la communauté que tu mobilisais et que tu animais pendant un an ou deux. [...] En dernier c'était plus santé publique. (Entretien 17)

Il souligne aussi le contraste entre l'approche visant à appliquer dans les communautés des programmes thématiques spécifiques définis par les autorités régionales de la santé publique (prévention du suicide, tabagisme, etc.) et celle mise de l'avant par les organisatrices et les organisateurs de son CLSC durant les premières années :

> On continuait d'aller dans les petites municipalités, mais on apporte notre thème. [...] Avant ce n'était pas comme ça. On passait la journée là-bas, pas de thème, les gens venaient nous voir. On établissait un contact en aidant à remplir un formulaire. Les gens parlaient de leurs problèmes. C'était près des gens et collectif. (Entretien 17)

D'autres organisateurs communautaires font le même constat, mais en soulignant comment cette réorientation de l'action communautaire vers des activités typiques de la santé publique est étroitement liée au processus de dépolitisation de l'action communautaire amorcé durant les années 1980 (mais dès le milieu des années 1970 au niveau des documents d'orientation du ministère) :

> Ils ont un peu détourné la pratique de l'organisation vers ce qu'on appelle la santé publique. Donc ce ne sont plus des initiatives des citoyens dans leur milieu qui en soutien avec l'organisation communautaire mènent des luttes. Mais ce sont des mandats qui sont envoyés d'en haut par l'État. [...] Et les mandats qui leur sont confiés vont parler de choses qui peuvent être importantes, mais qui n'ont pas la même connotation socio-politique [comme les saines habitudes de vie ou l'herbe à poux]. (Entretien 4)

Un organisateur communautaire voit également dans ces tendances un processus de marginalisation de l'action communautaire :

> L'action communautaire, l'organisation communautaire, était le secteur où, particulièrement cette fonction-là de mobilisation des citoyens a pu continuer un petit peu. Mais ça s'est progressivement… complètement… jusqu'à aujourd'hui c'est rendu zéro maintenant. Il n'y a plus du tout de… les organisateurs communautaires sont complètement liés aux politiques de santé publique et il n'y a plus de mobilisations citoyennes, d'organisation communautaire vraiment. (Entretien 7)

Cette marginalisation de l'action communautaire au sein des CLSC est aussi perçue par plusieurs autres personnes interrogées. Ainsi, un organisateur communautaire ayant quitté la pratique en 1977 a senti dès cette époque que la remise en question de l'action communautaire « était en gestation » :

> Ils ont commencé par freiner le développement, et ils encourageaient surtout l'auto-organisation de services auprès de citoyens. […] L'organisation communautaire ne se développait plus, ou ne se développerait plus, et qu'on allait vers plus créer des organismes qu'aujourd'hui on appelle d'économie sociale. (Entretien 10)

Autrement dit, durant ces premières années de remise en question, on tentait de détourner l'action communautaire d'une approche socio-politique en l'orientant vers la création de services communautaire :

> ce qui était favorisé c'était beaucoup moins l'organisation communautaire de changement social, parce qu'il y avait une incidence politique à ça. On brassait des conseils municipaux avec nos comités de citoyens, on brassait des politiciens pour forcer des réformes et le changement. Alors là c'était plus l'organisation de services, qui n'est pas mauvais en soi. (Entretien 10)

D'autres témoignent de manœuvres beaucoup plus directes, à partir des années 1980, pour écarter l'action communautaire, en particulier par l'abolition ou le non-renouvellement des postes d'organisatrices et d'organisateurs communautaires. Une organisatrice communautaire affirme ainsi que durant les années 1980 on n'engageait plus personne et on ne remplaçait plus les postes, « et tu voyais qu'il y avait une tendance à éliminer toute action plus communautaire, d'organisation, qui avait des

consonances politiques. Ça c'est clair, c'est apparu. » (Entretien 18) Un autre organisateur communautaire raconte que dans son CLSC, il y a eu des luttes pour « que le communautaire ne se fasse pas sortir. » (Entretien 1) Un directeur général de CLSC ayant aussi œuvré comme fonctionnaire dans un CRSSS est très clair à ce sujet :

> quand je suis arrivé au CRSSS [...], en général il n'y avait que deux OC et en général ils avaient été placés avec l'équipe de soins à domicile. Et en général le discours était plutôt péjoratif à leur égard. [...] J'ai même entendu des observations du genre : 'Si tu ne sais pas quoi faire avec, envoie-les moi, moi je vais les congédier.' (Entretien 14)

Selon un organisateur communautaire, cette antipathie de plusieurs gestionnaires à l'égard de l'action communautaire (et les organisatrices et organisateurs communautaires) n'est pas étrangère aux changements imposés par le ministère dans les types de gestionnaires, ni non plus au caractère profondément socio-politique de l'action communautaire :

> Après quand est venu [...] ce qu'on a appelé les gérants Steinberg, qui étaient des gestionnaires [...] dans la boîte, c'est sûr que si t'as des organisateurs communautaires, et que tu travailles sur des problèmes sociaux, il y a des affaires qui retroussent, ça retrousse tout le temps ! Le téléphone va sonner, ça peut être le député, ça peut être le maire... Il faut que tu t'attendes à ça. Ils le savent ! (Entretien 2)

Bref, comme le dit crument le directeur général cité plus haut : « l'organisation communautaire, c'est presque disparu. » (Entretien 14) Un organisateur communautaire fait quant à lui remarquer qu'avec la fusion des CLSC dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), « on a perdu le 'local', le 'centre local', et on a perdu le 'communautaire'. C'est devenu 'santé et services sociaux'. Là c'était bien clair. Le communautaire est complètement disparu du vocable CLSC. Et là les CISSS ça va être encore pire. » (Entretien 2)

Pour plusieurs acteurs et actrices de l'époque, le résultat de ces transformations du modèle initial des CLSC – c'est-à-dire l'imposition par le ministère de programmes

spécifiques (et donc d'une vocation « complémentaire » aux CLSC), la bureaucratisation, la professionnalisation de la gestion, le déclin de l'autonomie des CLSC et de la participation citoyenne, le virage vers des pratiques de prévention typiques de la santé publique ainsi que la dépolitisation et la marginalisation de l'action communautaire – est que les CLSC sont rapidement devenus des établissements « comme les autres ». Autrement dit, pour plusieurs intervenantes et intervenants de l'époque, le virage dans les orientations du ministère – amorcé dès 1974 mais ressenti dans la plupart des cas seulement à partir des années 1980 – a conduit à une « normalisation » des CLSC. Un médecin affirme ainsi :

> On est passé en peu de temps à une structure tout à fait comme les autres structures avec des murs, avec des budgets, avec des règles et tout ça. C'est comme un hôpital, comme n'importe quelle structure, avec un conseil d'administration et un DG et où la structure demandait tellement d'efforts pour simplement être gérée qu'il n'y aurait plus d'innovations. (Entretien 15)

Cette normalisation des CLSC à laquelle aboutit dès les années 1980 la remise en question du modèle initial des CLSC, un organisateur communautaire la décrit plutôt dans les termes suivants :

> Je ne sais pas pourquoi. Nous autres on l'a senti. Quand il y a eu des compressions, [...] on a dit : On est rendu comme les autres établissements. Ça n'a pas été long ! [...] On le sentait. On disait : 'Là on rentre dans nos terres, on rentre dans le système, on devient comme au service social et à l'hôpital.' C'était clair. (Entretien 17)

8.3 Conclusion

En l'espace d'une dizaine d'années (1971-1981), les CLSC sont passés de modèle phare de la Réforme des Affaires sociales, destinés à être les vecteurs de transformations importantes au sein du réseau socio-sanitaire, à des établissements

largement « normalisés », intégrés au réseau existant dans une perspective de « complémentarité ». Au cours de ce processus rapide, trois aspects fondamentaux du modèle initial des CLSC sont évacués, diminuant ainsi considérablement les possibilités d'atteindre plusieurs des objectifs centraux de la Réforme des Affaires sociales : 1) les CLSC comme porte d'entrée principale du réseau socio-sanitaire et donc comme programme à portée universelle ; 2) les CLSC comme établissements gérés de manière (relativement) démocratique et ouverts à la participation de la population dans la définition de ses besoins socio-sanitaires ; 3) les CLSC comme lieux de mise en œuvre d'une approche globale, sociale et préventive, notamment par le biais de l'action communautaire.

Ainsi, les CLSC étaient conçus au départ comme destinés à devenir la porte d'entrée principale du réseau, et donc les principaux responsables de la dispensation des services sanitaires et sociaux (préventifs et curatifs) courants. Dans cette perspective, le ministère prévoyait le développement d'un réseau complet de ces établissements publics de première ligne, au sein duquel il espérait que la plupart des médecins de famille s'intégreraient – même s'il n'a jamais envisagé de cesser le financement public (par le biais de la RAMQ) des médecins pratiquant en cliniques privées. Autrement dit, et malgré le fait que le ministère optera dès le départ pour un rythme d'implantation prudent et pour une priorisation des zones « défavorisées » ou mal pourvues en services socio-sanitaires, les CLSC apparaissent clairement au départ comme un programme à portée universelle, c'est-à-dire destiné à l'ensemble de la population.

Or, cet aspect du modèle initial des CLSC est rapidement abandonné. S'impose plutôt, à partir de 1974, une vision largement « supplétive » des CLSC, qu'on voit désormais comme devant se développer de manière « complémentaire » au réseau des cliniques privées (ainsi qu'aux autres établissements du réseau, dont les centres hospitaliers). On insiste sur la nécessité d'éviter les « dédoublements de services » dans le développement du réseau des CLSC. Autrement dit, on considère que les CLSC ne

doivent pas faire concurrence au réseau des cliniques privées, rapidement reconnu par le ministère comme une partie intégrante de la première ligne du réseau socio-sanitaire[558]. Ce réseau se développant beaucoup plus rapidement que celui des CLSC – tendance qui s'accentue évidemment dans le contexte du moratoire sur la création de nouveaux CLSC – c'est donc lui qui définit à toutes fins pratiques les zones « défavorisées » ou « prioritaires » d'implantation des CLSC, dont le réseau, malgré le parachèvement annoncé en 1981, sera d'ailleurs finalement d'une densité beaucoup moins ambitieuse que ce qui était prévu en 1972.

Ce virage a pour conséquence que les CLSC apparaissent de plus en plus comme un programme « résiduel » destiné prioritairement à certaines catégories ou groupes considérés comme vulnérables, notamment par le biais d'une insistance croissante du ministère sur la priorisation de programmes de prévention spécifiques visant certaines populations-cibles définies au niveau national et régional. Cette « résidualisation » des CLSC a aussi pour conséquence que ces établissements sont de moins en moins susceptibles – considérant leur vocation « complémentaire » et la nécessité d'éviter les « dédoublements de services », y compris avec les services hospitaliers – de contribuer à l'atteinte d'un des objectifs centraux de la réforme : renverser les tendances hospitalo-centriques du réseau et opérer un virage vers les services généraux de première ligne. Signe que cet objectif ne sera finalement pas atteint : lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annoncera en 2015 le transfert de ressources professionnelles des CLSC vers les Groupes de médecine de famille (GMF), il

[558] À cet égard, on peut souligner certaines nuances entre les positions libérales et péquistes. Alors que les premiers sont très explicites quant à leur volonté d'éviter que les CLSC ne fassent concurrence au réseau des cliniques privées en plein essor, les péquistes ont plutôt tendance à insister davantage sur une rationalité économique pour justifier la nécessité de ne pas dédoubler les services déjà existants. Néanmoins, comme le montre ce chapitre, l'alternance de ces deux partis au gouvernement n'a pas empêché une très grande continuité au niveau des grandes tendances dans l'évolution des CLSC analysées ici. La principale rupture (celle de 1974) est introduite par un gouvernement du Parti libéral, qui a lui-même fondé les CLSC quelques années plus tôt.

justifiera sa décision par une volonté de « sortir de l'hospitalo-centrisme. » (Nadeau, 2015, 3 mars)

Ce virage vers les GMF montre également que la tendance à la « résidualisation » des CLSC qui s'amorce en 1974 est une tendance lourde qui s'approfondit durant les décennies suivantes, avec pour résultat que ces établissements ne parviendront jamais à devenir la principale porte d'entrée du réseau. Ainsi, en 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) constate que « [l]es cabinets, qui ont des effectifs médicaux, reçoivent à peu près 80 % des consultations médicales courantes. » (CESSSS, 2000, p. 44) La Commission, face à cet « échec », renonce officiellement à faire des CLSC la principale porte d'entrée du système socio-sanitaire et confirme au contraire pour ceux-ci un rôle « complémentaire » à celui des cliniques privées :

> Il est grand temps, à notre avis, de reconnaître cette double réalité [des cabinets médicaux privées et des CLSC] et de miser sur leurs forces respectives et complémentaires. [...] Nous ne répéterons pas ici, comme on le fait depuis 25 ans, que le CLSC devrait être la porte d'entrée du système de santé. Nous croyons qu'il est plus réaliste et plus utile d'affirmer qu'il est un partenaire essentiel dans l'organisation de la 1re ligne de services de santé et de services sociaux. (CESSSS, 2000, p. 44)

C'est cette même commission (mise sur pied par un gouvernement péquiste) qui propose d'opérer un virage vers le modèle des GMF, modèle qui vise pour l'essentiel, comme les CLSC à l'origine, à développer une première ligne forte, mais selon des modalités qui correspondent aux exigences des médecins (notamment, les GMF sont pour la très grande majorité des cliniques privées gérées exclusivement par les médecins). Ce virage sera officiellement amorcé en 2002 avec la création des premiers GMF par le gouvernement (péquiste) de Bernard Landry. Il sera par la suite accentué par les gouvernements libéraux successifs jusqu'à l'adoption en 2015 d'un nouveau Cadre de gestion pour les GMF qui, avec le transfert forcé de ressources

professionnelles des CLSC vers les GMF, peut être considéré comme un aboutissement de la tendance à la « résidualisation » des CLSC[559].

Un second aspect important du modèle initial est qu'à partir du moment où le ministère abandonnera l'idée d'une véritable décentralisation régionale du réseau, les CLSC deviendront le lieu par excellence de l'ouverture à la participation populaire que la Réforme des Affaires sociales avait pour objectif d'insuffler dans l'ensemble du système socio-sanitaire (à ce sujet, voir *supra*, chapitre 6). Autrement dit, ils seront considérés comme les vecteurs d'une certaine démocratisation du réseau visant à favoriser un meilleur ajustement des services aux besoins socio-sanitaires réels des populations. Et en effet, le modèle initial des CLSC sera caractérisé durant les premières années par une très grande liberté et une très grande autonomie des établissements dans la détermination de leurs orientations, de leurs priorités et des programmes à mettre en œuvre et, inversement, par une très faible bureaucratisation de leurs activités et de leurs rapports avec le ministère.

Ceci est confirmé par la plupart des personnes ayant participé aux entretiens, qui parlent d'une forte participation populaire non seulement à la gestion des établissements, mais aussi plus directement à la définition des orientations et des programmes du CLSC durant les premières années. D'autant plus que dans plusieurs CLSC, la grande liberté laissée aux CLSC sera mise à profit pour accentuer encore davantage l'aspect démocratique du modèle au point où – afin de limiter le pouvoir des professionnelles et des professionnels et de favoriser un poids plus grand pour les citoyennes et les citoyens – les structures de gestion mises en place par certains d'entre eux ne seront pas conformes à celles prévues par la LSSSS. Cet écart entre la définition « officielle » du modèle initial des CLSC et son application illustre que ce modèle initial a aussi été modelé et défini sur le terrain, par les actrices et les acteurs directement impliqués dans

[559] Pour une analyse historique et critique de ce virage et de ses impacts potentiels ainsi que pour une comparaison qualitative des deux modèles (CLSC vs GMF), voir Plourde (2017).

les CLSC qui, dans plusieurs cas, sont parvenus à imposer durant quelques années un modèle d'établissement très proche des prises de position et revendications historiques des travailleuses et des travailleurs.

Cependant, la dimension démocratique du modèle initial des CLSC est elle aussi rapidement remise en question. Cette remise en question passe bien sûr par des réformes règlementaires et législatives qui, entre autres : 1) réduisent, au profit d'un pouvoir plus grand pour les professionnelles et les professionnels, le poids des usagères et des usagers sur les instances du CLSC ; 2) réduisent les pouvoirs des conseils d'administration ; 3) accentuent le poids des directrices et des directeurs généraux au sein des établissements ; 4) centralisent davantage de pouvoir entre les mains du ministère. Mais le déclin de la participation passe aussi – et peut-être même surtout – par une tendance forte vers la bureaucratisation des CLSC, qui implique dans les faits une restriction croissante de l'autonomie des CLSC (et donc du pouvoir réel des conseils d'administration élus) dans la détermination de ses orientations, de ses priorités et de ses programmes.

En effet, on assiste à partir de 1974 : 1) à la multiplication des instances administratives chargées d'encadrer les CLSC ; 2) à la professionnalisation grandissante des directrices et des directeurs généraux ; 3) à la bureaucratisation des activités des CLSC et de leurs rapports avec le ministère (qui passe notamment par l'imposition de mécanismes de reddition de compte et de mesures statistiques de la performance) ; et 4) la centralisation (ou, dans une moindre mesure, à la régionalisation) des décisions concernant les orientations et les programmes à mettre en œuvre. Ces tendances se manifestent avec particulièrement d'acuité en ce qui concerne les programmes spécifiques de prévention destinés à des groupes jugés prioritaires par le ministère, programmes qui, dans un contexte où le MAS souhaite orienter les CLSC vers la « complémentarité », s'imposent de plus en plus comme étant au cœur de la mission des CLSC.

Ce processus de bureaucratisation, nous avons vu qu'il n'accompagne pas « automatiquement » le développement de cette nouvelle politique sociale que sont les CLSC. Au contraire, l'analyse faite ici permet de constater que ce processus est un processus profondément *politique*, c'est-à-dire qu'il est le fruit de décisions politiques qui traduisent en fait un virage majeur dans les orientations du ministère à l'égard des CLSC. Autrement dit, le processus de bureaucratisation est imposé par le ministère à partir de 1974 contre une alternative qui constituait pourtant un des objectifs de la Réforme des Affaires sociales et qui s'incarnait jusqu'alors dans les CLSC, à savoir la démocratisation du réseau. Le fait que ce virage ne sera perçu que plusieurs années plus tard par la plupart les actrices et acteurs sur le terrain suggère également que le processus de bureaucratisation a fait l'objet d'une certaine résistance qui, jusqu'à un certain point, pourrait elle aussi être qualifiée de politique.

La tendance vers la bureaucratisation des CLSC – et donc vers le déclin de leur autonomie et de la participation populaire – est, comme la tendance vers leur « résidualisation », une tendance lourde qui ira en s'accentuant au cours des décennies suivantes[560]. Le *Cadre normatif : système d'information sur la clientèle et les services*

---

[560] Une réserve importante s'impose toutefois ici : la réforme de 1991 – première grande refonte de la LSSSS depuis son adoption en 1971 – renverse pendant un certain temps la tendance à réduire le poids des citoyennes et des citoyens élus sur les conseils d'administration des CLSC. En effet, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (1991) – qui remplace complètement la LSSSS de 1971 – prévoit que le conseil d'administration des CLSC est composé de cinq personnes élues par la population et deux personnes élues par le comité d'usagères et d'usagers, sur un maximum de 15 membres (art. 131). De plus, deux personnes supplémentaires sont nommées conjointement par ces sept membres du CA. Une place significative est donc réservée sur les conseils d'administration aux citoyennes et aux citoyens. Cette réforme, réalisée par le ministre de la Santé et des Services sociaux Marc-Yvan Côté (libéral), s'inscrit dans les suites des « orientations » de sa prédécesseure (elle aussi libérale), Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989). La ministre annonce en effet dans son document d'orientation que les conseils d'administration seront désormais entièrement constitués de citoyennes et de citoyens (MSSS, 1989, p. 100). Cependant, elle prévoit aussi que les membres des conseils d'administration *ne seront plus élues ou élus* mais bien *désignées ou désignés* par diverses instances (MSSS, 1989, p. 101). Plus qu'avec les recommandations de la Commission Rochon (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988), qui est instituée en 1985 par un gouvernement péquiste et dont le rapport – reçu plutôt froidement par la ministre – est publié en 1988, il est intéressant de mettre ces orientations en parallèle avec les recommandations du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales (Gobeil, 1986). Dans une optique qui préfigure les recommandations des années 2000 sur la « bonne gouvernance », ce groupe de

des CLSC (I-CLSC) (MSSS, 2015) imposé aux CLSC depuis la fin des années 1990 et renouvelé chaque année depuis illustre le degré de bureaucratisation des activités atteint au sein des CLSC[561]. Ce document de 600 pages définit des normes strictes et détaillées visant à encadrer avec précision les modalités de saisie et de transmission des informations concernant les services rendus par les CLSC (ainsi que concernant les usagères et usagers de ces services). Ce sont non seulement chaque demande de services, chaque activité et chaque intervention, mais aussi chacune des étapes et chacun des aspects de chacune des demandes/interventions/activités (y compris communautaires) qui doivent être consignées dans le moindre détail en fonction d'une multitude de codes définis par le cadre normatif et transmises selon un protocole et des modalités précises[562]. Comme l'explique le ministère :

> Répondant aux exigences ministérielles, cette version du cadre normatif vise à s'arrimer de plus en plus avec le nouveau contexte des organisations publiques. En effet, celles-ci doivent rendre compte de leurs activités et utiliser des systèmes d'information davantage orientés vers la production d'indicateurs de gestion et ce, dans un souci d'une meilleure reddition de compte. De plus, ce document

---

travail (qui est quant à lui institué par le gouvernement libéral de Robert Bourrassa et composé en très grande majorité de gens directement issus des milieux d'affaires) considère que les conseils d'administration des établissements socio-sanitaires « ne devraient pas comprendre de personnes qui sont associées à l'établissement. » (Gobeil, 1986, p. 35) Le rapport Gobeil recommande également d'éliminer les élections sur les conseils d'administration des établissements : « En plus du directeur général, deux ou quatre personnes, selon le cas, pourraient être nommées par le ministre et les autres seraient choisies par cooptation. Tous les membres qui ne sont pas nommés d'office devraient venir de l'extérieur de l'établissement afin de ne pas être en conflit d'intérêt. » (Gobeil, 1986, p. 35) La loi adoptée en 1991 n'abolit finalement pas les élections et réserve une place significative pour les professionnelles et les professionnels sur les conseils d'administration des établissements (entre trois et quatre sièges pour les CLSC).

[561] Cette bureaucratisation des activités des CLSC n'est bien sûr pas propre à ces établissements. De tels cadres normatifs existent également pour les autres établissements et missions du réseau. Cependant, les CLSC avaient justement été conçu pour être des structures légères et peu bureaucratisées.

[562] À titre d'exemple, la saisie codifiée et la transmission des informations suivantes peut être requise pour chaque « intervention » particulière : numéro de l'intervention, centre d'activité de l'intervention, date de l'intervention, type d'intervention, raison de l'intervention, acte de l'intervention, suivi de l'intervention, cessation de l'intervention, profil de l'intervention, mode d'intervention, lieu de l'intervention, durée de l'intervention, langue d'intervention, nombre de participants, catégorie de l'intervenant, statut de l'intervenant, nombre d'intervenants, niveau de scolarité de l'intervenant (MSSS, 2015, p. 149-248). Les « demandes de services », les « usagers » (individu, groupe ou communautaire), les « activités ponctuelles », les « épisodes de services », les services de périnatalité, etc., sont aussi codifiées dans les moindres détails.

> cherche à contribuer davantage à améliorer la qualité de données tout en simplifiant la tâche des utilisateurs. (MSSS, [s. d.]b)

Cette tendance forte à la bureaucratisation des CLSC et au déclin de leur autonomie et de la participation au sein des CLSC culminera avec les deux grandes vagues de fusion d'établissements qui se succèdent à partir du début des années 2000[563]. La première, qui se produit au moment où est en train de se déployer le réseau des GMF, conduit à la fusion des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers dans les nouveaux établissements que sont les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Avec cette première grande vague de fusion d'envergure nationale, les CLSC perdent officiellement – et complètement – leur autonomie : on passe alors de plusieurs centaines d'établissements (CLSC, CHSLD, centres hospitaliers) officiellement autonomes – c'est-à-dire dotés chacun de leur propre conseil d'administration élus – à 95 CSSS.

Cette première grande vague de fusion aura bien sûr un impact important sur le caractère démocratique du réseau[564]. Comme le fait remarquer un acteur ayant œuvré

---

[563] Ces deux vagues de fusion – qui ont une portée nationale, au sens où elles concernent l'ensemble des établissements du territoire – avaient été précédées 1996 d'une fusion de moindre envergure entre des CLSC et des CHSLD dans plusieurs régions, elle-même préparée dès 1987 par la fusion de quelques CLSC avec d'autres établissements socio-sanitaire (CHSLD, centres de services sociaux, centres hospitalier). Précisons que les fusions de 1987 se produisent au même moment que la fusion de plusieurs districts de CLSC dont il a brièvement été question plus haut (voir *supra*, section 8.2.1). Rappelons que ces fusions, qui conduisent notamment à une augmentation significative de la population moyenne par district en milieu urbain, avaient été décidées suite au (nouveau) moratoire décrété par la ministre libérale Thérèse Lavoie-Roux peu de temps après sa nomination en 1986 (Bourque, 1988, p. 44). Cette pratique consistant à fusionner des établissements ayant diverses missions sera institutionnalisée dans la LSSSS de 1991. Quant à la loi adoptée en 1996 (par un gouvernement péquiste), elle a pour conséquence de « limiter à un seul conseil d'administration par territoire la gestion des CLSC et des CHSLD pour les régions extérieures aux grands centres urbains. Un grand nombre d'établissements vont alors fusionner, malgré l'opposition de la [FCLSC], plaidant en faveur de CLSC locaux ancrés dans la réalité des milieux desservis. » (Desrosiers et Gaumer, 2004b, p. 62) Devant l'accélération du nombre de CLSC fusionnés, la FCLSC elle-même fusionne en 1998 avec la Fédération des CHSLD pour former l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

[564] Quant à ses impacts sur la bureaucratisation du réseau, il est intéressant de noter que dès 1988, Bourque prévoyait que les fusions de district décrétées en 1987 par la ministre Lavoie-Roux conduiraient à un approfondissement des « tendances à la bureaucratie, à la centralisation et à la hiérarchie » (Bourque, 1988, p. 44). Il précisait que « la structure d'encadrement est déjà en mutation dans les CLSC

en tant que directeur général de CLSC et fonctionnaire au sein d'un CRSSS : « Avec les fusions, quand on réduit le nombre d'établissements, on réduit l'enracinement populaire du réseau. On passe de sept CA fois treize personnes à une fois treize. C'est les fusions qui ont tué [la participation citoyenne]. » (Entretien 14)[565] Or, non seulement les établissements (dont les CLSC) perdent leur propre conseil d'administration, mais la composition des conseils d'administration prévue pour les CSSS par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005) réduit (en comparaison de la LSSSS de 1971 mais aussi de celle de 1991) le poids des personnes élues par la population aux sein de ces nouveaux établissements. Cette tendance est encore accentuée avec la *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* (2011).[566]

La seconde grande vague de fusions, décidée en 2015, conduit à la fusion des CSSS au sein de 27 méga-établissements : les Centres intégrés (universitaires ou non) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS). Il est intéressant de souligner que cette dernière vague de fusions est justifiées notamment par la volonté de réduire la taille de l'appareil administratif du ministère. Elle s'accompagne d'ailleurs de l'abolition des Agences régionales de la santé et des services sociaux[567] et elle permettra au ministère d'éliminer 1300 postes de cadres (Gentile, 2016, 15 mars). Or, cet « allégement » de l'appareil administratif ne s'accompagne pas d'un retour vers un processus de démocratisation du réseau. Au contraire, ces fusions constituent une centralisation sans précédent du

---

de Montréal. D'une part, des postes de cadre de niveau supérieur sont créés alors que, d'autre part, on ajoute un niveau intérieur d'encadrement » (Bourque, 1988, p. 44).

[565] La plupart des personnes ayant participé aux entretiens considèrent également que la réforme de 2005 a représenté le « coup final » porté à la participation (et à l'action communautaire).

[566] Dans la loi adoptée en 2005, le CA des CSSS doit être composé de quatre personnes élues par la population et de deux personnes désignées par le comité des usagers sur un maximum de 19 membres. La loi de 2011, sous prétexte d'améliorer la « gouvernance » des établissements (on retrouve ici le Rapport Gobeil), augmente le poids des personnes cooptées (et donc non élues), qui passent de deux à six, et diminue celui des personnes élues par la population ou désignées par les usagères et les usagers : désormais, il y a sur le CA des CSSS deux personnes élues par la population et deux personnes désignées par les usagères et les usagers sur un maximum de 21 membres.

[567] Les Agences avaient remplacées à la fin des années 1990 les Régies régionales de la santé et des services sociaux, qui avaient elles-mêmes remplacé les CRSSS au début des années 1990.

réseau socio-sanitaire puisque le contrôle des établissements se fera dorénavant directement à partir du ministère. En fait, cette réforme élimine les derniers vestiges de démocratie qui pouvaient encore subsister dans le réseau : désormais, aucune ni aucun membre du conseil d'administration des 27 CI(U)SSS n'est élue ou élu par la population, et la majorité des membres de ces conseils sont des membres « indépendantes » ou « indépendants » *nommés par le ministre lui-même*, qui nomme aussi les PDG des établissements[568]. En cela, la réforme de 2015 peut être considérée comme l'aboutissement des tendances amorcées en 1974 – et comme l'abandon officiel d'un des objectifs important de la Réforme des Affaires sociales : celui d'une démocratisation du réseau.

Le troisième aspect important du modèle initial des CLSC est que ces établissements devaient à l'origine être le lieu par excellence où se réaliserait l'approche globale, sociale et préventive mise de l'avant par la CESBES. Les CLSC étaient également au cœur d'un autre des objectifs centraux de la Réforme des Affaires sociales : opérer un virage de la médecine curative et strictement biophysique à une approche avant tout sociale et préventive. À partir de 1972 (la LSSSS de 1971 n'est pas très claire à ce sujet ; voir *supra*, chapitre 6), c'est avant tout à l'action communautaire que le ministère attribuera ce rôle au sein des CLSC. Et malgré le fait que le MAS oscille au début des années 1970 entre une conception plus traditionnelle et une conception résolument sociale de la prévention, son premier document d'orientation sur les CLSC attribue clairement à ces établissements le rôle d'agir – à partir d'une approche

---

[568] Dans le cas des CISSS, sur 17 membres, une seule personne est désignée par le comité des usagères et usagers, cinq personnes sont désignées par les diverses catégories de professionnelles et de professionnels, et les onze autres personnes, y compris neuf membres « indépendantes » ou « indépendants » ainsi que la présidente ou le président directeur général, sont nommées par le ministre (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 2015, art. 9). Encore une fois, on retrouve ici les recommandations du Rapport Gobeil (1986), sur lequel nous reviendrons au dernier chapitre. Dans le cas des CIUSSS, le ministre nomme 13 des 19 membres du CA (art. 10). De plus, si le projet de loi 130 (encore à l'étude au moment d'écrire ces lignes) est adopté, c'est aussi le ministre lui-même qui nommera les PDG adjointes et adjoints des établissements.

individuelle *et collective* – sur les causes sociales de la maladie, et ce dans une perspective globale et communautaire. En cohérence avec ce mandat, ce même document accorde également une place importante – aussi importante que les services de santé et les services sociaux – à l'action communautaire dans la programmation de ces établissements.

Mais plus encore, bien qu'elle ne corresponde pas à son propre point de vue, le MAS adoptera dans un premier temps une attitude de tolérance à l'égard de la conception fortement socio-*politique* de la prévention – et des pratiques qui l'accompagnent – qui s'impose sur le terrain dans plusieurs CLSC. C'est ainsi que l'action communautaire prendra dans de nombreux CLSC une place centrale, plus importante même que les services socio-sanitaires de type curatifs, avec pour résultat un accent très fort mis dans ces CLSC sur la prévention entendue dans une perspective socio-politique. Ceci amène d'ailleurs plusieurs CLSC à s'engager dans (ou même, très souvent, à initier) des luttes de revendication et de contestation autour d'enjeux liés à la santé (pollution, logement, conditions de travail, etc.). Comme pour l'ouverture à la participation, les acteurs et actrices sur le terrain parviennent donc à moduler la définition du modèle initial des CLSC dans un sens beaucoup plus proche du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs que ce qui était prévu au départ par le ministère. Autrement dit, la définition du modèle qui s'impose sur le terrain déborde à plusieurs égard les limites qui bornent la conception de la santé et de la prévention mise de l'avant d'abord par la CESBES et ensuite par le MAS.

Considérant cela, il n'est donc pas surprenant que cet aspect du modèle initial des CLSC soit lui aussi très rapidement remis en question par le MAS. De même, il n'est pas anodin que le processus de bureaucratisation décrit plus haut concerne en priorité l'action communautaire et les programmes de prévention, qui seront de plus en plus définis et contrôlés directement par le ministère (ou, dans une moindre mesure, par les instances régionales). À travers ce processus de remise en question, c'est non seulement

la dimension politique de la conception de la prévention mise en œuvre dans plusieurs CLSC qui est évacuée, mais c'est aussi la place de l'action communautaire elle-même qui est progressivement (mais rapidement) marginalisée au sein des CLSC. Bien que le ministère réitère tout au long des années 1970 et de manière quasi rituelle son attachement à la prévention et à l'approche globale, sociale et communautaire ayant fait la marque les CLSC, ce processus de dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire se fait au profit d'une conception de plus en plus étroite, traditionnelle et même « sanitaire » de la prévention qui n'envisage l'action sur les causes sociales de la maladie que par le biais de programmes spécifiques de prévention par ailleurs définis aux niveaux national ou régional. Par conséquent, l'action communautaire se voit de plus en plus directement subordonnée à ces programmes – ce qui signifie concrètement que les organisatrices et les organisateurs communautaires sont progressivement intégrés aux équipes responsables de ces programmes plutôt que réunis dans une équipe chargée plus globalement des enjeux socio-sanitaires collectifs (et socio-politiques) affectant le quartier ou la région.

Comme les autres tendances analysées dans ce chapitre, cette tendance à la dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire, à la marginalisation de cette dernière et à son assujettissement à une conception de plus en plus étroite et traditionnelle de la prévention est une tendance lourde qui ira clairement en s'accentuant au cours des décennies suivantes. Ici aussi, il y a toutefois un décalage entre la réorientation amorcée par le ministère en 1974 et le moment où elle sera perçue sur le terrain. Dans certains CLSC, la conception socio-politique de la prévention et de l'action communautaire – ainsi que les pratiques qui l'accompagnent – seront même maintenues jusqu'aux années 2000 (entretiens 7 et 13).

Néanmoins, l'action communautaire est aujourd'hui complètement absente de la « mission CLSC » des nouveaux méga-établissements, mission que le MSSS définit ainsi :

> La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique. (MSSS, [s. d])

On constate que si l'action communautaire n'est pas mentionnée, le ministère attribue aux CLSC la mission d'offrir des « activités de santé publique », ce qui suggère que ces « activités de santé publique » ont à toutes fins pratiques remplacé l'action communautaire dans la mission des CLSC. Ceci ne signifie pas bien sûr que l'action communautaire a complètement disparue du réseau socio-sanitaire. La codification des « activités » et des « interventions » communautaires dans le *Cadre normatif* du ministère dont il était question plus haut (MSSS, 2015) montre que l'action communautaire y est toujours à l'œuvre (et qu'elle n'échappe pas à une bureaucratisation importante de ses activités).

Cette disparition de l'action communautaire de la mission des CLSC au profit des « activités de santé publique » suggère plutôt que l'action communautaire est désormais, pour l'essentiel, subordonnée aux « activités de santé publique ». Ceci est d'ailleurs confirmé par le guide produit par le MSSS en 2004 afin d'exposer les services généraux offerts par les CSSS, et dans lequel les « interventions communautaires » sont classées parmi les « activités de santé publique » (MSSS, 2004, p. 83-83). Ces constats sont aussi cohérent avec les témoignages de plusieurs des personnes ayant participé aux entretiens, qui soulignent que l'action communautaire est depuis plusieurs années entièrement liée à la santé publique et aux programmes élaborés par ses autorités (voir supra, section 8.2.4). En fait, un portrait global qui, au moment d'écrire ces lignes, était presque complété par le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC) montre que depuis les fusions de 2015, l'action

communautaire est officiellement rattachée aux directions de santé publique dans la grande majorité des CI(U)SSS[569].

De plus, bien que le ministère continue d'attribuer aux CLSC une mission de prévention, on est loin du virage majeur espéré par la CESBES vers un système socio-sanitaire centré sur la prévention (plutôt que sur les services curatifs). Ceci est d'autant plus vrai que même si les « services de prévention » sont toujours intégrés à la mission des CLSC, on recentre actuellement la première ligne sur les GMF, qui n'ont quant à eux aucune responsabilité à cet égard. Le nouveau cadre de gestion des GMF définit ainsi la mission de ces regroupements de médecins : le GMF « a pour mission d'offrir des services *médicaux* à toute clientèle, notamment le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession. » (MSSS, 2016, p. 3)

Ajoutons à cela que les centres hospitaliers ne semblent plus avoir de responsabilités en matière de prévention, du moins au regard de la définition officielle de leur mission, qui se résume ainsi : « La mission d'un centre hospitalier (CH) est d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés. » (MSSS, [s. d.]) Rappelons que conformément aux recommandations de la CESBES – qui voyait dans l'intégration de la prévention à tous les « niveaux de soins » une étape essentielle du virage souhaité vers une approche avant tout préventive (voir *supra*, chapitre 5) –, la LSSSS de 1971 attribuait quant à elle des responsabilités en matière de prévention tant aux CLSC qu'aux centres hospitaliers (voir *supra*, chapitre 6)[570].

---

[569] RQIIAC. (2017). *Portrait du rattachement administratif des équipes d'organisation communautaire dans les CISSS/CIUSSS*. Version préliminaire du 22 août 2017. Document interne. Non publié. Communications personnelles avec Véronique Robert de Massy, organisatrice communautaire au CISSS de Lanaudière et déléguée régionale au RQIIAC.

[570] Rappelons que le « centre hospitalier » y est défini comme « une installation où l'on reçoit des personnes pour fins *de prévention*, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation, physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet de médecin ou de dentiste et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves » (LSSSS, 1971, art. 1).

Il en résulte qu'à l'exception de la « mission CLSC » des CI(U)SSS, la prévention est pour l'essentiel désormais confinée au secteur de la santé publique. Or, le budget global de la santé publique ne représentait en 2014 *que 2% du budget total du MSSS* (Daoust-Boisvert, 2014). De plus, les fusions de 2015 ont entraîné des *coupures de 33%* du budget destinés aux directions régionales de la santé publique (Daoust-Boisvert, 2015, 2 mars). Ces coupures – ainsi que de manière plus générale le famélique budget dédié à la santé publique – témoignent clairement du fait que l'objectif de la CESBES d'un virage majeur vers un système socio-sanitaire axé sur la prévention ne s'est pas réalisé. Mais elles suggèrent également une volonté renouvelée du MSSS de dépolitiser la prévention ou, plutôt, de restreindre son champ d'intervention : même purgée de l'approche plus politique et plus sociale de l'action communautaire, tout indique qu'elle apparait de plus en plus aux yeux du ministère comme irréductiblement « politique ».

Il semble en effet que la conception plutôt étroite de la prévention portée par le MAS (et ensuite par le MSSS) à partir de 1974 ne soit jamais tout à fait parvenue à s'imposer sur le terrain, même au sein de la santé publique, pourtant traditionnellement porteuse d'une conception plutôt restrictive, voire même « sanitaire » et individualiste, de la prévention[571]. Avec pour résultat que même les prises de position et recommandations de la santé publique apparaissent désormais comme trop « politique » pour le MSSS. Ainsi, concernant les coupures budgétaires en santé publique décrétées en 2014 :

> Une source très au fait du dossier et œuvrant en santé publique au Québec affirme que le gouvernement libéral voit la santé publique comme un problème plutôt qu'une solution. [...] Basées pourtant sur des données scientifiques, les prises de position de la santé publique sont très mal vues, explique cette source. 'Pour eux, c'est de la politique. Pour nous, ce sont des données probantes', déplore-t-elle. [...] Différentes sources ont également rapporté au *Devoir* que des propos tenus par la ministre déléguée à la santé publique Lucie Charlebois confirment cette hypothèse. 'Si vous voulez faire de la politique, mettez votre face sur un poteau',

[571] On pourrait aussi faire l'hypothèse qu'inversement, les pratiques de l'action communautaire ont eu une certaine influence sur celles de la santé publique.

> aurait-elle affirmé à propos de la santé publique lors d'une réunion. 'Des interventions sur l'amiante, le casino virtuel, l'échangeur Turcot, allaient à l'encontre des intérêts des gens qui appuient le Parti libéral. Je pense sincèrement qu'il y a un lien, et que ce n'est pas simplement Gaétan Barrette' qui est derrière ces coupes, croit le Dr Bonnier-Viger. (Daoust-Boisvert, 2014, 4 novembre)

De même, dans la foulée d'une diminution de 2% en 2014 du budget de l'Institut national de santé public du Québec,

> [d]es chercheurs rapportent avoir l'impression que l'indépendance de l'Institut, qui a publié des études sur les jeux de hasard, l'amiante ou le gaz de schiste, peut lui avoir nui. 'Nous sommes un peu vus comme un frein au développement économique, ou comme des idéologues', confie une de ces personnes. (Daoust-Boisvert, 2014, 17 juillet)

On le constate, les limites inscrites au sein même de la Réforme des Affaires sociales et du modèle initial des CLSC sont donc aussi au cœur des principaux enjeux auxquels fait actuellement face le réseau socio-sanitaire. En fait, les grands enjeux qui caractérisent aujourd'hui le réseau – identifiés notamment par la Commission Clair en 2000 – sont pour l'essentiel les mêmes que ceux auxquels tentait de répondre au début des années 1970 la Réforme des Affaires sociales : renversement des tendances hospitalo-centriques du réseau ; développement d'une première ligne forte et intégrée ; arrimage des services sur les besoins socio-sanitaires réels de la population ; recentrage du réseau sur la prévention ; restriction des coûts ; etc. Autrement dit, l'analyse conduite ici tend à montrer que ces enjeux renvoient aux limites du modèle initial des CLSC ou, plus largement, de la Réforme des Affaires sociales, limites qui peuvent aussi être considérées comme des *contradictions* de ce modèle et de cette réforme : on a vu en effet que ces derniers oscillent entre des pôles inconciliables (universalité vs résidualisation ; démocratisation vs bureaucratisation ; conception socio-politique de la prévention vs dépolitisation de la prévention). Or, l'approche adoptée ici permet de jeter un éclairage inédit sur ces limites et contradictions (et donc aussi sur les enjeux actuels du système socio-sanitaire) en montrant qu'elles renvoient aux rapports de

classe, et notamment aux points de vue de classe en matière socio-sanitaire qui, comme on l'a montré, sont fortement antagoniques.

En effet, ces trois grandes tendances – à la « résidualisation », à la bureaucratisation (et au déclin de la participation) et à la dépolitisation des CLSC – dans l'évolution de ces établissements depuis 1974 peuvent aussi être considérées comme les trois déclinaisons d'une tendance plus générale du modèle initial des CLSC à s'éloigner du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs – point de vue dont il était très proche durant les premières années – pour se rapprocher de celui de la classe capitaliste. En effet, les principales caractéristiques du modèle initial – programme à portée universelle ; forte participation populaire et peu de contrôle bureaucratique ; mise en œuvre d'une conception sociale, voire même socio-politique dans plusieurs cas, de la prévention, notamment par une place importante réservée à l'action communautaire – ont une grande proximité avec les positions et revendications historiquement défendues par les mouvements syndical et populaire, au point où, sur le terrain, elles dépasseront même dans plusieurs cas les limites intrinsèques au point de vue porté par la CESBES (et plus tard par le MAS) sur la santé et la prévention[572].

Au contraire, la tendance à la résidualisation des CLSC correspond de toute évidence à la conception bourgeoise des politiques sociales et du rôle de l'État, auxquels la classe capitaliste attribue une fonction strictement supplétive des carences du secteur privé. De même, la tendance à la dépolitisation de la prévention et de l'action communautaire tend à rapprocher les pratiques de prévention mises en œuvre au sein des CLSC de la conception bourgeoise – plutôt étroite, traditionnelle et individualiste – de la prévention. Mais plus encore, sur la base de l'analyse des points de vue de classe présentée dans la Partie 1 de la thèse (voir *supra*, en particulier le chapitre 2), on peut s'attendre à ce que la classe capitaliste soit peu sympathique, voire même s'oppose

[572] Rappelons que ces limites ont été identifiées en conclusion du chapitre 5.

directement aux pratiques de prévention et d'action communautaire inspirées d'une perspective socio-politique sur les causes sociales de la maladie.

Nous avons vu en effet qu'historiquement, les mesures de santé publique visant à agir sur les causes plus structurelles ou sociales de la maladie (par exemple le développement des infrastructures sanitaires de base dans les quartiers ouvriers) ont généralement suscité la résistance de la bourgeoisie, peu encline à voir ses intérêts économiques ainsi menacés. Les hypothèses formulées par Berliner (1981) et Navarro (1976 ; 1976) quant aux motivations idéologiques et politiques de la classe capitaliste pour appuyer le développement d'une médecine scientifique qui insiste sur les causes biomédicales et individuelles de la maladie plutôt que sur ses causes sociales et, en dernière analyse, politiques, va aussi dans ce sens. À cet égard, l'intérêt du cas des CLSC est qu'il nous permettra d'appuyer cette hypothèse sur un cas concret, et donc de voir comment se manifeste concrètement cette préférence de la classe capitaliste pour une approche dépolitisée de la santé et de la prévention (voir *infra*, chapitre 9).

Cependant, il n'apparait pas aussi clair que le processus de bureaucratisation des CLSC rapproche le modèle du point de vue de la classe capitaliste[573]. Néanmoins, on peut penser que le déclin de la participation populaire qui accompagne ce processus – et surtout les tendances à la professionnalisation des directrices et directeurs généraux ainsi que des membres des conseils d'administration – vont dans le sens des préférences du milieu des affaires (ce qui sera confirmé au prochain chapitre). Nous avons vu en

[573] Il est de notoriété publique que les milieux d'affaires critiquent rituellement les lourdeurs bureaucratiques de l'État. Néanmoins, il est intéressant de souligner que la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) sera une des rares organisations à se prononcer en faveur du projet de loi 10 visant à fusionner les CSSS au sein des CI(U)SSS. Si elle y voit justement, comme le ministre, une manière de mettre « un terme à une certaine *structurite* qui s'était installée au fil des années dans le réseau de la santé » (souligné dans le texte), elle n'en approuve pas moins les tendances fortement centralisatrices du projet de loi : « Le projet de loi 10 a le grand avantage de clarifier et de simplifier les lignes d'autorités [...]. Le projet de loi accorde d'ailleurs de nouveaux pouvoirs au ministre à l'égard de ces établissements, lui permettant de prescrire des règles relatives à la structure organisationnelle de leur direction. » (FCCQ, 2014, 23 octobre) Bien sûr, la FCCQ en profite également pour recommander « une contribution accrue du secteur privé » dans le système de santé et de services sociaux.

effet que le milieu des affaires a historiquement été bien représenté au sein des élites qui dirigeaient traditionnellement les établissements socio-sanitaires (voir *supra*, chapitres 3 et 7). L'exemple du modèle d'assurance de la Croix Bleue, très populaire auprès des grands industriels mais par ailleurs critiqué pour son caractère peu démocratique (ce qui est encore plus frappant lorsque l'on compare ce modèle à celui des sociétés ouvrières de secours mutuel), illustre la préférence de la bourgeoisie pour des modèles d'organisation du domaine sanitaire qui lui assurent un pouvoir sans partage avec les milieux populaires (voir *supra*, chapitre 3).

De même, il ressort assez clairement des mémoires de la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ) et de l'Association des établissements privés (ADEP) déposés devant la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 65 que le milieu des affaires n'était pas enchanté de l'ouverture à la participation populaire introduite par la LSSSS, ouverture qui a évidemment eu pour effet de réduire le pouvoir des élites (en bonne partie issues ou proches de la bourgeoisie) dirigeant traditionnellement les établissements socio-sanitaires (voir *supra*, chapitre 6). Durant les années 1970 et les décennies subséquentes, la classe capitaliste prendra des positions plus explicites au sujet de la démocratisation des organisations publiques – le Rapport Gobeil (1986) en est un exemple – qui nous permettrons d'appuyer davantage cette interprétation au prochain chapitre.

Maintenant que le cheminement du modèle initial des CLSC et son évolution par rapport aux points de vue de classe durant les années 1970 (et plus superficiellement pour les années subséquentes) sont bien établis, il s'agira de voir au prochain (et dernier) chapitre dans quelle mesure ce cheminement et cette évolution correspondent à l'évolution des rapports de force entre les classes sociales durant la même période. Autrement dit, nous amorçons ici la dernière étape qui nous permettra d'apporter une réponse à la question de recherche qui guide la présente thèse. Cette question a trouvé une réponse partielle avec les chapitres précédents (en particulier le chapitre 7), qui ont

permis de montrer que l'évolution des rapports de force entre les classes contribue à expliquer la naissance au Québec (et pas ailleurs) d'un modèle comme celui des CLSC. Il s'agira maintenant de voir si cette évolution peut aussi contribuer à expliquer la remise en question très rapide du modèle à partir de 1974.

Rappelons également que la problématique de départ s'est enrichie dans ce chapitre d'une nouvelle question, à laquelle nous tenterons aussi de répondre : nous verrons dans quelle mesure les rapports de classe permettent de comprendre l'écart temporel significatif constaté entre le moment où le ministère entreprend de redéfinir le modèle des CLSC et le moment où cette redéfinition sera perçue sur le terrain. Enfin, l'analyse de classe proposée au prochain chapitre devrait également nous permettre de constater que même si les tendances fortes qui s'amorcent à partir de 1974 et qui culminent avec les réformes des années 2000 étaient déjà présentes à l'état embryonnaire dans le rapport de la CESBES, on ne peut en conclure pour autant qu'elles sont le fruit de forces structurelles désincarnées : nous verrons en effet qu'elles sont, dans une certaine mesure au moins, tributaires de l'évolution du rapport de force entre les classes.

CHAPITRE 9

L'ABANDON RAPIDE DU MODÈLE INITIAL DES CLSC À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS (DE FORCE) ENTRE LES CLASSES

Les chapitres précédents ont permis de montrer, notamment : 1) que la naissance au Québec, et pas ailleurs, d'un modèle comme celui des CLSC s'explique en partie au moins par la montée d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années d'après-guerre, et en particulier durant les années 1960-1970, ce qui leur a permis d'imposer (à l'intérieur de certaines limites) leur point de vue en matière de santé et de politiques sociales (voir en particulier les chapitres 4 à 7) ; 2) que la remise en question par le ministère du modèle initial des CLSC à partir de 1974 a eu comme effet d'éloigner ce modèle du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs pour le rapprocher de celui de la classe capitaliste (voir *supra*, chapitre 8). En cela, ces chapitres ont partiellement répondu à la question de recherche formulée en introduction et qui s'interroge, rappelons-le, sur le rôle (direct ou indirect) joué par l'évolution des rapports entre les classes dans la naissance d'un modèle comme celui des CLSC au Québec, dans la forme particulière prise par ce modèle et dans son abandon rapide, dès le milieu des années 1970.

Cependant, il n'est pas suffisant de montrer que l'abandon rapide et la redéfinition du modèle initial des CLSC conduit à le rapprocher de point de vue de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire ; il faut aussi montrer que cette classe était apte à *imposer* son point de vue durant la même période. Autrement dit, il faut montrer que l'évolution du modèle initial des CLSC durant les années 1970-1980 correspond à l'évolution du rapport de force entre les classes durant la même période, ce qui est l'objet principal de ce dernier chapitre. Alors que le chapitre précédent se concentrait plus spécifiquement sur l'évolution du modèle des CLSC (tout en la situant par rapport aux points de vue

de classe), le présent chapitre réinscrit cette évolution dans ce qui est ici considéré comme son contexte global, à savoir l'évolution du rapport de force entre les classes.

Nous verrons que si, dans un premier temps, la classe capitaliste ne parvient que très peu à imposer son point de vue, un virage majeur se produit à cet égard au début des années 1980. Le chapitre vise ainsi avant tout à compléter la réponse à la question de recherche en montrant que l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970-1980 – et plus précisément le renversement, en faveur de la classe capitaliste, de ce rapport de force au début des années 1980 – contribue à expliquer non seulement l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, mais aussi le décalage temporel observé au chapitre précédent entre le moment où le ministère amorce sa remise en question et celui où elle se réalise effectivement sur le terrain.

En effet, si le chapitre 7 a permis de constater que partout dans le monde occidental se produit une montée du rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs qui s'amorce durant les années 1940 et qui culmine durant les années 1960-1970, le présent chapitre montrera comment est entamée, dès le début des années 1970 et dans la plupart des pays occidentaux, une offensive de la classe capitaliste visant à renverser le rapport de force en sa faveur. Nous verrons cependant que cette offensive aura peu de succès durant toutes les années 1970, et que ce n'est qu'au début des années 1980 que sera finalement atteint son objectif principal, à savoir la restauration du pouvoir économique et politique de la classe capitaliste. Nous pourrons constater en effet que cette offensive est en bonne partie une réaction à la radicalisation et à la combativité grandissante de la classe des travailleuses et des travailleurs, qui atteignent un sommet au tournant des années 1970 et qui sont de plus en plus, à partir de ce moment, perçues comme une menace sérieuse par le milieu des affaires. Nous verrons également que cette offensive n'est pas étrangère aux difficultés économiques qui commencent à se manifester à partir de la fin des années 1960 dans l'ensemble du monde occidental, ni

non plus à la fameuse « crise de l'État-providence » qui marque aussi la plupart des pays occidentaux durant la même période.

Ce chapitre est donc aussi l'occasion de revisiter un facteur qui intervient de manière déterminante dans toutes les analyses des CLSC, mais toujours de manière périphérique : le fameux « contexte économique ». Au chapitre précédent, et comme dans la plupart des analyses des CLSC recensées en introduction, les contraintes économiques et budgétaires qui justifient en partie la remise en question du modèle initial des CLSC n'ont été évoquées qu'en arrière-plan, comme un contexte « objectif » et désincarné dans lequel évoluent les diverses actrices et acteurs de la remise en question des CLSC. Par sa prise en compte sérieuse des problèmes économiques qui marquent la période des années 1970-1980, l'analyse proposée dans ce chapitre devrait permettre d'éviter les écueils rencontrés dans la littérature sur les CLSC et d'inclure pleinement ce « contexte » dans l'analyse.

De manière cohérente avec le cadre théorique matérialiste et dialectique retenu ici, un des objectifs de cette démarche est bien sûr de rendre visible les rapports sociaux – et en particulier les rapports de classe – à l'œuvre derrière la crise économique des années 1970 et aussi derrière la récession majeure qui marque le début des années 1980. À cet égard, nous pourrons constater, d'une part, que les rapports de concurrence intercapitalistes et les luttes entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs pour le partage des fruits de la croissance économique jouent un rôle dans la crise des années 1970, et d'autre part, que la récession des années 1980 est en bonne partie la conséquence directe de décisions politiques, elles-mêmes sous-tendues par des rapports de classe.

Cette approche impose encore une fois d'adopter une perspective très large, seule à même de nous faire voir les rapports de classe à l'œuvre derrière les facteurs économiques qui se présentent sinon de manière désincarnée. Dans cette perspective, l'évolution du modèle des CLSC sera donc ici aussi inscrite non seulement dans

l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec, mais aussi dans les grandes tendances internationales (et canadiennes) qui se dégagent pour les années 1970-1980. Nous verrons que comme pour la période précédente, et malgré certaines spécificités importantes, le Québec ne se distingue pas radicalement à cet égard du reste du monde occidental. En particulier, le Québec connaît lui aussi une offensive de la classe capitaliste à partir du début des années 1970 qui aboutit finalement à un renversement décisif du rapport de force entre les classes au début des années 1980. Nous verrons cependant que, plus qu'ailleurs semble-t-il, les travailleuses et les travailleurs du secteur public – qui sont durant les années 1960 et 1970 à l'avant-garde du mouvement syndical québécois, et même canadien et nord-américain – deviennent au Québec une des cibles privilégiées de l'offensive de la classe capitaliste pour restaurer son pouvoir économique et politique.

Cette perspective large nous permettra aussi de constater que : 1) de la même manière que la naissance des CLSC au Québec s'inscrit dans le processus d'émergence et de consolidation de l'État-providence qui se produit dans la plupart des pays occidentaux à partir de la Seconde guerre mondiale, la remise en question du modèle initial des CLSC dès 1974 s'inscrit dans ce qu'il est désormais convenu d'appeler la « crise de l'État-providence », qui se déploie elle aussi à l'échelle internationale à partir du milieu des années 1970 (mais avec plus d'intensité à partir du début des années 1980) ; 2) cette crise de l'État-providence peut elle-même être comprise non pas comme le résultat mécanique des problèmes économiques qui marquent les années 1970-1980, ni comme le fruit d'une « crise de légitimité » dont on ne pourrait identifier les principales actrices et acteurs (Rosanvallon, 1981), mais bien comme s'inscrivant dans l'évolution du rapport de force entre les classes durant cette même période. Plus précisément, nous verrons que cette « crise de l'État-providence » peut en bonne partie être comprise comme le résultat de l'offensive amorcée par la classe capitaliste au début des années 1970 afin de renverser le rapport de force en sa faveur. Nous verrons également que, dans l'optique retenue ici, cette « crise de l'État-providence » apparaît en fait

davantage comme un processus de *restructuration* des grandes politiques sociales qui aura pour conséquence importante non pas de les faire disparaître, mais plutôt de les rapprocher davantage du point de vue et des intérêts du milieu des affaires (ce qui correspond d'ailleurs aussi au cheminement du modèle des CLSC).

Et si, comme nous l'avons vu au chapitre 7, certaines particularités caractérisent l'émergence et la consolidation de l'État-providence québécois (notamment son retard par rapport au reste du monde occidental), nous pourrons constater que le Québec se distingue aussi, justement à cause de ce retard, par le fait que les réformes entreprises dans le domaine socio-sanitaire (et qui aboutissent en 1971 à la création des CLSC) se produisent au moment même où débute l'offensive de la classe capitaliste qui, au Québec, prendra aussi la forme d'une campagne soutenue en faveur d'une restriction des dépenses sociales de l'État, en particulier au niveau des Affaires sociales. Nous verrons que ceci permet, au moins partiellement, de comprendre que la remise en question du modèle initial des CLSC ait été aussi rapide.

La première partie du chapitre (section 9.1) est consacrée aux grandes tendances internationales et canadiennes dans l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970-1980. Elle est aussi l'occasion de proposer une analyse *de classe* des problèmes économiques ainsi que de la « crise de l'État-providence » qui, partout dans le monde occidental, caractérisent la période. La seconde partie (section 9.2) montre de quelle manière ces tendances internationales se manifestent plus spécifiquement au Québec. On pourra constater ici que malgré certaines particularités, l'évolution du rapport de force entre les classes la province suit un cheminement analogue à celui de la plupart des pays occidentaux. De même, nous verrons que les difficultés économiques persistantes et la remise en question du système public de sécurité social qui se produisent au Québec comme ailleurs peuvent ici aussi être compris en termes de rapports de classe. Enfin, la dernière partie du chapitre (section 9.3) vise à montrer comment l'évolution du modèle initial des CLSC, et en particulier

sa remise en question rapide à partir du milieu des années 1970, s'inscrit dans l'évolution du rapport de force entre les classes, et notamment dans l'offensive engagée au début de la décennie par la classe capitaliste de la province contre l'État-providence québécois.

9.1 Tendances internationales (et canadiennes) des années 1970 et 1980 : crise économique, offensive de la classe capitaliste et renversement du rapport de force

Partout dans le monde occidental se manifestent à partir du début des années 1970 des problèmes économiques qui prendront rapidement la forme d'une véritable crise. Ces difficultés économiques constituent la toile de fond non seulement de la plupart des analyses visant à expliquer le virage qui se produit dans l'évolution du modèle initial des CLSC, mais aussi de la plus grande partie des analyses de la « crise de l'État-providence ». La restructuration majeure des systèmes publics de sécurité sociale entreprise dans la plupart des pays occidentaux à partir du milieu des années 1970 (et avec plus d'intensité à partir du début des années 1980) n'est effectivement pas étrangère à cette crise, et l'évolution du modèle initial des CLSC peut certainement être inscrite dans ce processus plus large de remise en question des politiques sociales. Sur la base de sources de seconde main, nous proposons ici une analyse qui aborde la crise économique des années 1970 et la profonde récession du début des années 1980 (de même que la « crise de l'État-providence ») à partir des rapports entre les classes.

9.1.1 Les rapports de classe à l'œuvre derrière la crise économique des années 1970 : baisse du taux de profit, concurrence intercapitaliste et/ou lutte des classes

Comme l'ensemble des analystes de la période qui s'amorce en 1970, les auteures et auteurs marxistes constatent que cette période est marquée, dans l'ensemble du monde occidental, par une crise économique majeure qui met fin au « Grand Boom », c'est-à-dire à la période de croissance économique exceptionnelle qui a marqué pendant près de trente ans les années d'après-guerre :

> Mais toute bonne chose a une fin, du moins sous le capitalisme. Au début des années 1970, la vague d'expansion la plus soutenue de l'histoire du capitalisme atteignit ses limites. Avec une capacité de production beaucoup trop importante et des profits à la baisse, l'économie mondiale entra dans une nouvelle période de turbulence. (McNally, 2013, p. 67)

Ces analystes soulignent également comment cette crise ébranle le « modèle de développement fordiste et providentialiste » ou, autrement dit, le cadre institutionnel des années d'après-guerre (voir *supra*, chapitre 7) :

> By the end of the 1960s embedded liberalism began to break down, both internationally and within domestic economies. Signs of a serious crisis of capital accumulation were everywhere apparent. Unemployment and inflation were both surging everywhere, ushering in a global phase of 'stagflation' that lasted throughout much of the 1970s. Fiscal crises of various states (Britain, for example, had to be bailed out by the IMF in 1975-6) resulted as tax revenues plunged and social expenditures soared. Keynesian policies were no longer working. [...] The embedded liberalism that had delivered high rates of growth to at least the advanced capitalist countries after 1945 was clearly exhausted and was no longer working. Some alternative was called for if the crisis was to be overcome. (Harvey, 2005, p. 12)

Une des particularités de l'analyse marxiste de cette crise est cependant d'insister sur le rôle central qu'y joue *la baisse du taux de profit qui affecte la classe capitaliste à partir du milieu des années 1960*. Comme le souligne McNally, un consensus fort se dégage à ce sujet :

> les preuves de la baisse de la profitabilité sont si convaincantes que les économistes politiques critiques de toutes les allégeances, qui en général ne s'entendent sur rien, reconnaissent qu'il y a bel et bien eu une baisse constante du taux de profit entre le milieu des années 1960 et le début des années 1980 [dans l'ensemble des pays occidentaux]. Plus d'une dizaine d'études empiriques sérieuses l'attestent. (McNally, 2013, p. 65)

Duménil et Lévy vont dans le même sens en attribuant à la baisse du taux de profit une responsabilité importante dans la crise des années 1970 :

> cette crise fit suite à une diminution du taux de profit depuis les années 1960 qui ne s'est interrompue qu'au cours des années 1980. La réalité de la baisse du taux de profit est bien établie empiriquement. [...] Le parallélisme est frappant. La baisse est très prononcée, des années 1960 jusqu'au début des années 1980. (Duménil et Lévy, 2000, p. 32)

L'intérêt d'une telle approche – qui insiste sur le rôle joué dans la crise par la baisse des taux de profits de la classe capitaliste – est de dépasser les analyses qui présentent la crise comme un déroulement mécanique de causes désincarnées[574] et de plutôt remettre au cœur de l'analyse une des principales actrices de cette crise : la classe capitaliste elle-même. Duménil et Lévy soulignent ainsi comment cette baisse du taux de profit représente d'abord et avant tout une baisse de revenu pour l'élite économique. En effet, « la baisse de rentabilité du capital » a des « conséquences sur les revenus des classes dirigeantes. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 19) Ainsi, durant les années 1970, « les revenus des propriétaires baissèrent fortement. Les profits étaient faibles et leur distribution aux actionnaires sous forme de dividendes, réduite ; l'inflation dévalorisait les créances. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 19)

---

[574] Notamment, cette approche relativise le rôle du choc pétrolier des années 1970 dans la crise. Harvey fait ainsi remarquer : « Even before the Arab-Israeli War and the OPEC oil embargo of 1973, the Bretton Woods system of fixed exchange rates backed by gold reserves had fallen into disarray. [...] Fixed exchange rates were therefore abandoned in 1971. » (Harvey, 2005, p. 12) De même, Korpi montre que le projet d'imposer aux économies capitalistes inflationnistes un « choc monétariste » était en gestation dès 1970, soit avant le premier choc pétrolier. Il montre également que celui-ci a finalement surtout servi à légitimer une politique qui, par ses conséquences, ne pouvait manquer d'être fortement impopulaire (nous y reviendrons).

La baisse du taux de profit implique également que les capitalistes auront tendance à réduire leurs investissements, provoquant ainsi un affaiblissement de la croissance et une hausse du chômage, et donc le développement d'une crise économique :

> Les profits rendent l'investissement plus attractif ; [...] l'insuffisance du taux de profit met symétriquement un frein à l'investissement. Le ralentissement de l'investissement se traduit dans celui de la croissance de la production et de l'emploi, deux aspects essentiels de la crise. (Duménil et Lévy, 2000, p. 37)

Bien sûr, insister sur le rôle de la baisse du taux de profit – et des réactions de la classe capitaliste qui s'ensuivent – dans le développement de la crise ne suffit pas ; il faut aussi comprendre ce qui explique cette baisse du taux de profit, qui se produit à partir du milieu des années 1960. Si Duménil et Lévy pointent le rôle crucial du ralentissement du progrès technique (2000, chap. 4) et que McNally y voit une manifestation de la baisse tendancielle du taux de profit théorisée par Marx (2013, p. 65-66), d'autres auteures et auteurs soulignent plus directement le rôle des rapports de classe dans le développement de ce phénomène. À cet égard, deux grands types d'explications sont mis de l'avant : celles qui insistent sur les rapports de compétition *internes à la classe capitaliste*, et celles qui considèrent que la lutte de classe entre capitalistes et travailleuses et travailleurs a contribué à la baisse du taux de profit amorcée durant les années 1960.

Robert Brenner est un des auteurs qui, au tournant des années 2000, a le plus contribué à théoriser, documenter et mettre de l'avant le premier type d'explication, suscitant ainsi un débat passionné parmi les analystes marxistes qui s'intéressent à la période des années 1970 et au virage vers le néolibéralisme qui s'en est suivi. Selon Brenner, « the key point to the 'turning point' in post-war profits is to be found in the relationship amongst capitalists rather than in the class conflict between capital and labour », (Gindin, 2000, p. 343). Autrement dit : « Competition and not wage pressures limited profits » (Gindin, 2000, p. 346). Plus précisément, la fin de la période de reconstruction des pays dévastés par la Seconde guerre mondiale – qui avait permis un boom

économique sans précédent – signifie selon Brenner une intensification de la compétition entre capitalistes qui affectera en premier lieu la classe capitaliste états-unienne :

> after their reconstruction was completed, Europe and Japan, with economies largely dependent on export, started to secure a bigger part of the world export market, largely at the expense of the US. They also gained an increasingly growing share of the US domestic market. [...] The larger acceleration of exports relative to that of outputs led to a significant amplification of international economic competition. (Lafrance, 2007, p. 8)

D'autres auteures et auteurs (dont Gindin et Lafrance) considèrent plutôt que la capacité exceptionnelle de la classe des travailleuses et des travailleurs à faire des gains sociaux et salariaux considérables et à défendre âprement ces gains durant les années d'après-guerre (voir *supra*, chapitre 7), particulièrement durant les années 1960 et 1970, a contribué à la baisse du taux de profit qui se manifeste à partir du milieu des années 1960 et qui perdure jusqu'au début des années 1980, même si la plupart d'entre elles et eux reconnaissent aussi le rôle important joué par l'intensification de la compétition intercapitaliste dans ces développements. Autrement dit, et c'est aussi la perspective défendue ici, ces auteures et auteurs refusent le réductionnisme économique et insistent sur la nécessité de tenir compte du contexte idéologique, politique et institutionnel des années 1960-1970 qui est, comme nous l'avons vu précédemment, exceptionnel à plusieurs égards (voir *supra*, chapitre 7). Or, ce contexte pointe clairement vers un rôle significatif joué par la classe des travailleuses et des travailleurs dans le déroulement de la crise qui secoue cette période :

> Something was in fact 'blowin' in the wind' in the late sixties, but the responses of capital cannot be understood by only looking at profits, wages, inflation [...] or any other economic factors. The impending sense of chaos in elite circles – the spectre of losing control abroad and legitimacy at home – can only be explained if the economic factors are combined with the social resistance and turmoil that came to symbolize the sixties. This includes the role of labour. (Gindin, 2000, p. 347)

Dans cette perspective, Ehrenreich et Piven analysent la crise des années 1970 aux États-Unis (et la remise en question concomitante du cadre institutionnel des années d'après-guerre qui, comme nous l'avons vu plus haut (voir *supra*, chapitre 7), émerge dans ce pays dès la crise des années 1930 avec le « New Deal » de Rooselvelt) dans les termes suivants :

> as the movements of the 1960s subsided, longstanding nascent business opposition to the New Deal/Great Society order reemerged. It was not just that the movements were no longer a treat. American business was in trouble. As Europe and Japan recovered, American corporations faced the unfamiliar prospect of tight competition with goods manufactured elsewhere, and this at a time when they were carrying the costs of the higher wages, more generous social programs, and workplace and environmental regulation which the turbulent 1960s had produced. (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 82)

Aschoff va dans le même sens :

> The United States had overextended itself trying to manage both its domestic and overseas geopolitical projects. Military defeat, unrest at home and abroad, and increasing competition from European and Japanese firms led to skyrocketing inflation and rising unemployment. (Aschoff, 2016)

Panitch et Swartz, qui s'intéressent plutôt à la situation au Canada, font une analyse semblable :

> Faced with stagnant or shrinking markets, rising resource prices, increased foreign competition, and a labour movement ready to defend its living standards, capital experienced reduced profit margins on existing investments and few new profitable opportunities. (Panitch et Swartz, 1984, p. 147)

On l'entrevoit ici, et on a pu le constater précédemment (voir *supra*, chapitre 7) : la baisse du taux de profit amorcée au milieu des années 1960 et la crise économique qui s'ensuit durant les années 1970 se double durant la même période (c'est-à-dire durant les années 1960-1970) de turbulences sociales importantes qui seront perçues par la classe capitaliste (et par les élites politiques) comme une crise *politique*. Or, comme

nous le verrons maintenant, c'est *aussi* cette crise politique, et non seulement les difficultés économiques subies par la classe capitaliste, qui stimulera une offensive majeure de la part de cette classe (ainsi que de l'État) contre les acquis salariaux, institutionnels et sociaux qui avaient depuis la Seconde guerre mondiale caractérisé le « compromis fordiste et providentialiste ». Cette offensive, qui vise à restaurer le pouvoir économique *et politique* de la classe capitaliste, se produit néanmoins dans un contexte où les attentes des travailleuses et des travailleurs sont élevées et où le rapport de force leur est exceptionnellement favorable. Elle ne se fera donc pas sans résistance.

9.1.2 Années 1970 : offensive de la classe (et de l'État) capitaliste et résistance de la classe des travailleuses et des travailleurs

9.1.2.1 La classe capitaliste menacée (économiquement et politiquement)

Nous avons vu dans un chapitre précédent que les années 1960 sont marquées, partout dans le monde occidental, par le développement d'un rapport de force exceptionnellement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs, qui permettra à cette dernière de faire des gains considérables, tant sur le plan salarial que social. Comme le souligne Korpi :

> It is not surprising that the developments outlined above were viewed with increasing concern by business interests and political elites in many Western countries. Yet up to the late 1960s, the situation was grudgingly accepted, to some extent probably because fast economic growth gave more to all. (Korpi, 2002, p. 392)

Or, avec la baisse du taux de profit qui commence à se manifester vers la fin des années 1960 et qui produit pleinement ses effets durant les années 1970, la situation change dramatiquement. La classe capitaliste subit alors une perte de pouvoir économique considérable, qu'elle est peu susceptible d'accepter :

> when growth collapsed in the 1970s, when real interest rates went negative and paltry dividends and profits were the norm, then upper classes everywhere felt threatened. In the US the control of wealth (as opposed to income) by the top 1 per cent of the population had remained fairly stable throughout the twentieth century. But in the 1970s it plunged precipitously as asset values (stocks, property, savings) collapsed. (Harvey, 2005, p. 15)

Autrement dit, « the *economic* threat to the position of the ruling elites and classes was now becoming palpable. » (Harvey, 2005, p. 15) Dans ce contexte, le cadre institutionnel des années d'après-guerre, toléré par la classe capitaliste en situation de croissance économique exceptionnelle, n'est désormais plus acceptable : « With declining corporate profitability, the Great Social Compromise was over ; business was no longer a willing participant. » (Fodor, 2013, p. 104)

La remise en cause de son pouvoir économique n'explique toutefois pas à elle seule l'offensive majeure qu'amorcera durant les années 1970 la classe capitaliste contre les acquis sociaux et salariaux de la classe des travailleuses et des travailleuses. En effet, cette menace économique se double de la menace *politique* que la classe capitaliste (de même que les dirigeantes et les dirigeants politiques) perçoit dans la radicalisation et la politisation considérable des mouvements syndical et populaire à partir du milieu des années 1960 (à ce sujet, voir *supra*, chapitre 7). Nous avons vu que dans plusieurs pays (y compris au Québec), cette radicalisation et cette politisation des travailleuses et des travailleurs conduiront jusqu'à une remise en question du pouvoir de la classe capitaliste au sein même des entreprises : « In Europe in the late 1960s, strikes escalated and major attempts to reform traditional employer-employee relationships emerged on the political agenda. » (Korpi, 2002, p. 372)

Plus globalement, la vague de contestations sociales et politiques qui déferle sur la plupart des pays d'Amérique du Nord et d'Europe à cette époque inquiète au plus haut point. Ainsi, les événements de Mai 68 en France sont « une crise profonde qui met en péril le fonctionnement du capitalisme et qui, en tout cas, est interprétée comme telle

par les instances nationales (comme le [Conseil national du patronat français]) ou internationales (comme l'OCDE) chargées d'assurer la défense de celui-ci. » (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 243) Si l'ampleur prise par cette « crise sociale » est particulièrement aigüe en France, des troubles sociaux d'envergure affectent aussi la plus grande partie du monde occidental, suscitant partout les craintes de la classe capitaliste. Ainsi, durant les années 1970 :

> the conjoining of labour and urban social movements throughout much of the advanced capitalist world appeared to point towards the emergence of a socialist alternative to the social compromise between capital and labour that had grounded capital accumulation so successfully in the post-war period. Communist and socialist parties were gaining ground, if not taking power, across much of Europe and even in the United States popular forces were agitating for widespread reforms and state interventions. There was, in this, a clear *political* threat to economic elites and ruling classes everywhere, both in the advanced capitalist countries [...] and in many developing countries [...]. (Harvey, 2005, p. 14-15)

La radicalisation et la politisation des travailleuses et des travailleurs sont d'autant plus ressenties comme une menace qu'elles s'accompagnent, malgré la montée importante du chômage au cours de la décennie, d'une combativité exceptionnelle qui, comme nous le verrons plus loin, bloque durant toutes les années 1970 les tentatives de restauration du taux de profit engagées par la classe capitaliste et l'État. Quoiqu'il en soit des possibilités réelles (ou des risques, selon le point de vue) que se développe alors une situation révolutionnaire, la menace perçue est telle que des dirigeantes et des dirigeants de grandes entreprises américaines craignent la fin du capitalisme. Lafrance rapporte les propos tenus par certaines et certains d'entre eux et elles lors d'une série de rencontres organisées aux États-Unis en 1974 et 1975 par le Conference Board et auxquelles ont participé 360 PDG des plus grandes entreprises états-uniennes :

> Some CEOs became almost hysterical as they worried that the preservation of capitalism itself had become uncertain, as these different statements make clear : 'The American capitalist system is confronting its darkest hour.' 'At this rate business can soon expect support from the environmentalists. We can get them

> to put the corporation on the endangered species list.' 'There is a whole [sic] in the ship of the free enterprise, and I see torpedoes ahead.' (Lafrance, 2007, p. 55)

9.1.2.2 Le « problème » de la démocratie

Lafrance rapporte également que devant cette menace ressentie pour la sauvegarde de leurs intérêts fondamentaux, une partie importante des PDG ayant participé à ces rencontres vont aller jusqu'à remettre en question certains des fondements de la démocratie libérale – et notamment le suffrage universel :

> One participant asked : 'Can we still afford one man, one vote ? We are trembling on the brink.' Another declared : 'We are terribly scared in this room. We are in serious trouble. We need to question the system itself : one man, one vote.' Yet another asserted that 'one man one vote has undermined the power of business in all capitalist countries since World War II.' According to Silk and Vogel [les auteurs du compte-rendu des rencontres], these statements expressed 'a widely held view among the corporate executives' that were at the meetings. Because of this, said one participant present at the meetings, 'we are seeing the lessening of the power of wealth'. [...] Accordingly, report Silk and Vogel, 'to what extent, [the CEOs were] asking, have the principles that have governed the relationship between business corporations and the rest of society bec[a]me incompatible with rates of profit necessary to insure the continued existence and growth of capitalism in America ?'. (Lafrance, 2007, p. 54-55)

Autrement dit, « as Silk and Vogel report, during the 1970s, 'for an executive, democracy in America is working all too well – *that is the problem*' » (Lafrance, 2007, p. 54). Il semble que cette inquiétude ne se limite pas à la classe capitaliste états-unienne puisque c'est aussi la conclusion à laquelle parvient en 1975 la Commission Trilatérale, qui réunit des représentantes et des représentant de l'élite économique, politique et intellectuelle d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Asie (Commission trilatérale, [s. d.]b). Compte tenu de sa composition sociale, cette organisation peut être considérée comme exprimant le point de vue d'une partie significative de la fraction « éclairée » de la classe capitaliste internationale. La Trilatérale, dont David

Rockefeller est un des principaux fondateurs, est créée en 1973 « to bring together experienced leaders within the private sector to discuss issues of global concern » (Commission Trilatérale, [s. d.]a). Il semble qu'au moment de sa fondation, la « gouvernabilité des démocraties » était au cœur des principales « préoccupations globales » des membres de la Commission puisqu'une de ses premières actions sera de créer au printemps 1974 la « Trilateral Commission's Task Force on the Governability of Democracies ».

L'équipe de travail désignée pour produire le rapport – et composée du Français Michel Crozier, de l'États-unien Samuel Huntington et du Japonais Joji Watanuki – conclut un an plus tard que la démocratie est partout en « crise »[575] : « [The] happy congruence of circumstances for democracy has come to an end. » (Crozier *et al.*, 1975, p. 158) À l'image des PDG états-uniennes et états-uniens consultés en 1974-1975 par le Conference Board (soit au moment même où l'équipe de la Commission menait ses travaux), les auteurs du rapport considèrent en fait que les démocraties sont menacées parce qu'elles sont devenues, en quelque sorte, « trop » démocratiques : « The more democratic a system is, indeed, the more likely it is to be endangered by intrinsic threats. » (Crozier *et al.*, 1975, p. 8) Plus précisément, lorsque les sociétés sont « trop » démocratiques, elles deviennent ingouvernables parce que le respect de l'autorité s'érode et parce que se développent alors des demandes excessives à l'égard du gouvernement :

> in recent years, the operations of the democratic process do indeed appear to have generated a breakdown of traditional means of social control, a delegitimation of political and other forms of authority, and an overload of demands on government, exceeding its capacity to respond. (Crozier *et al.*, 1975, p. 8)

Les démocraties sont ainsi caractérisées depuis quelques années par une « disintegration of civil order » et une « breakdown of social discipline » (Crozier *et*

[575] Notons que la Commission adhérera pleinement aux conclusions du rapport. C'est d'ailleurs son directeur de l'époque qui en signe l'introduction.

al., 1975, p. 2), ainsi que par une incapacité grandissante des gouvernements à « mobilize its citizens for the achievement of social and political goals and to impose discipline and sacrifice upon its citizens in order to achieve those goals. » (Crozier *et al.* 1975, p. 7) Ceci rejoint encore une fois le compte rendu des rencontres menées par le Conference Board aux États-Unis : « After all, the problem was not so much democracy per se but the fact that 'the *undisciplined democracy* process [was] now more disruptive for business' » (Lafrance, 2007, p. 55). D'autre part, Crozier et ses collègues considèrent que les démocraties sont également marquées par « trop » de participation, qui conduit à « trop » de demandes : « The European political systems are overloaded with participants and demands » (Crozier *et al.*, 1975, p. 12). Plus précisément – et ceci concerne l'ensemble des régions analysées par l'équipe de travail :

> The incorporation of substantial elements of the population into the middle classes has escalated their expectations and aspirations, thereby causing a more intense reaction if these are not met in reality. Broadened political participation has increased the demands on government. (Crozier *et al.*, 1975, p. 158)

Les auteurs considèrent d'ailleurs que ces demandes excessives, parce qu'elles conduisent à une explosion des dépenses publiques, contribuent de manière décisive à alimenter les tendances inflationnistes qui marquent les années 1970 : « The democratic expansion of political participation and involvement has created an 'overload' on government and the imbalanced expansion of governmental activities, exacerbating inflationary tendencies in the economy. » (Crozier *et al.*, 1975, p. 161) En effet, déplorent les auteurs, la démocratie – et notamment le système électoral – met en cause la capacité des gouvernements à rejeter les demandes des groupes « numériquement et fonctionnellement importants » :

> This expansion of governmental activity was attributed not so much to the strength of government as to its weakness and the inability and unwillingness of central political leaders to reject the demands made upon them by numerically and functionally important groups in their society. [...] Confronted with the

> structural imperative of competitive elections every few years, political leaders can hardly do anything else. (Crozier *et al.*, 1975, p. 164)

En fait, ce qui est clairement en jeu ici, ce n'est pas « l'indiscipline » et « l'excès de demandes politiques » *en général*, mais bien principalement « the growing tendencies of *students* and *workers* to challenge authority and the new vigour of *union* demands » (Crozier *et al.*, 1975, p. 205)[576]. Cette inquiétude particulière à l'égard de la population étudiante et des syndicats est aussi clairement exprimée en mai 1969 par *Business Week* :

> sensing that the youth rebellion was not an isolated campus phenomenon, [le journal] warned that the actions and attitudes of the student movement 'certainly bode ill for industrial discipline [because] if this kind of irrationality spread to industry, the result would be disastrous'. (Gindin, 2000, p. 347)

Dans un contexte où se multiplient dans plusieurs pays les grèves illégales et où la capacité des dirigeantes et les dirigeants syndicaux à contrôler leur propre base semble de moins en moins assurée (voir *supra*, chapitre 7), Crozier *et al.* vont jusqu'à déplorer la perte d'autorité des « chefs » syndicales et syndicaux sur leurs membres :

> In the modern state, for instance, powerful trade union 'bosses' are often viewed as a threat to the power of the state. In actuality, however, responsible union leaders with effective authority over their members are less of a challenge to the authority of the national political leaders than they are a prerequisite to the exercise of authority by those leaders. If the unions are disorganized, if the membership is rebellious, if extreme demands and wild-cat strikes are the order of the day, the formulation and implementation of a national wage policy become impossible. (Crozier *et al.*, 1975, p. 163)

---

[576] C'est moi qui souligne. L'ironie de leur analyse échappe de toute évidence aux auteurs : alors que la démocratie est à cette époque presque ouvertement remise en question *par la classe capitaliste* (ce dont leur rapport est d'ailleurs une manifestation claire), ils considèrent que ce sont les autres classes ou groupes sociaux qui constituent la principale menace pour le système démocratique. Au moment où ils énumèrent, en introduction, les groupes et classes ayant historiquement représenté une menace pour la démocratie, la bourgeoisie apparaît d'ailleurs comme la grande absente : « at a time or another, threats to the viability of democratic government have come from the aristocracy, the military, the middle classes, and the working class. » (Crozier *et al.*, 1975, p. 6)

Les inquiétudes de la classe capitaliste à l'égard de la radicalisation de la classe des travailleuses et des travailleurs – de même que la crainte d'un renversement éventuel du système capitaliste – sont aussi partagées à l'époque par plusieurs représentantes et représentants de l'élite politique et militaire, au point où, selon Lafrance, un coup d'État sera envisagé par certaines et certaines d'entre elles et eux. Ainsi, en Grande-Bretagne :

> Sheila Cohen reports that, in Britain, a distinguished civil servant declared to a journalist in 1973 : 'I have to tell you that we must prepare for a possible revolution in this country'. [...] Even Margaret Thatcher admitted that, at the time, 'the sense that we were no longer in control of events deepened'. Cohen asserts that it is now proved that all this fear led the army officers to 'seriously consider the possibility of a military takeover'. (Lafrance, 2007, p. 52)

Crozier *et al.* rapportent également ces propos d'un homme d'État britannique de l'époque : « If Britain continues to be unable to resolve the seemingly unresolvable problems of inflation-cum-prospective depression, observed one senior British official, 'parliamentery democracy would ultimately be replaced by a dictatorship.' » (Crozier et al., 1975, p. 2) De même, en France :

> in France, where the threat was probably the biggest, the ruling class became equally scared. During the general strike of May, the 'Gaullists' formed Committees for the Defence of the Republic (Armstrong et al. : 203). At the end of May 1968, De Gaulle stopped the distribution of petrol and started to arm the Committees before he went to Germany where he met the leaders of the French Army. (Lafrance, 2007, p. 52-53)

Sans aller aussi loin (du moins selon les informations disponibles), les autorités états-uniennes manifesteront également une inquiétude considérable face à la vague de contestations sociales qui affecte alors les États-Unis et réagiront en conséquence :

> In the United States, a 'secret directive issued by the Army in February 1968, and later uncovered by a Senate committee, revealed that senior officers at that time feared the development of 'a true insurgency''. Washington thus established a 'command center' in order to observe demonstrations and other activities related to 'civil disturbance'. The US forces of order also acted as, considering only

> January 1968 to May 1970, the National Guard intervened on 324 occasions to supress civil disorder. (Lafrance, 2007, p. 52)

9.1.2.3 La classe capitaliste s'organise et passe à l'offensive (avec le soutien de l'État)

Si ni la classe capitaliste ni l'élite politique et militaire n'iront finalement jusqu'à supprimer la démocratie – sauf, comme le fait remarquer Lafrance, en Grèce (Lafrance, 2007, p. 53) – il n'en demeure pas moins que face à la double menace (économique et politique) à laquelle elles sont confrontées, « [t]he upper classes had to move decisively if they were to protect themselves from political and economic annihilation. » (Harvey, 2005, p. 15) En effet, « [s]uch a situation was likely to generate concern as well as countermoves. » (Korpi, 2002, p. 391) De fait, la classe capitaliste commence dès le début des années 1970 à préparer une offensive qui aura à terme pour conséquence un renversement du rapport de force en sa faveur :

> By the early 1970s, with profit margins narrowing and the memory of the tumultuous sixties fading, [...] business leaders [...] were leading a conservative counter assault that, as it gained momentum, threatened to wipe out the reforms of both the New Deal and the Great Society. (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 82)

Comme le soulignent ces deux auteures :

> The agenda of the campaign is by now familiar : shift the brunt of taxation from business and the affluent to working people, and from capital to wages ; dismantle the environmental and workplace regulations that so irritated business and also cost them money ; reduce worker power by weakening unions, eviscerating regulatory protections of workers, largely through non-enforcement ; and roll back income support programs so as to drive more people into the labor force and the scramble for work, and also keep them anxious and vulnerable about their jobs and their wages. (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 82)

Sur ce dernier point, les PDG consultées et consultés par le Conference Board en 1974-1975 sont d'ailleurs très clairs : « a first aim would be the elimination of the social

programs that 'supplement the economics wants of citizens that are unmet in the market place'. » (Lafrance, 2007, p. 56)

Plus concrètement, la classe capitaliste s'engage dès le début des années 1970 – mais plus intensivement à partir du milieu de la décennie – d'une part dans plusieurs initiatives visant à s'organiser politiquement et, d'autre part, elle lance une offensive idéologique qui prendra rapidement la forme d'un appui organisationnel et financier à ce qui se présente alors comme une nouvelle doctrine économique : le néolibéralisme. En ce qui concerne l'organisation politique de la classe capitaliste aux États-Unis :

> The agenda was promoted by a multi-pronged strategy including the buildup of the lobbying capacity of business through the creation of new peak organizations, the revival of sleepy older organizations like the Chamber of Commerce and industry trade groups, and the buildup of a business political war machine on Washington D.C.'s K Street. (Ehrenreich et Piven, 2006, p. 82)

La série de rencontres initiées par le Conference Board en 1974 – ainsi que, à un niveau plus international (même si l'initiative provient des États-Unis), la création de la Commission trilatérale en 1973 – s'inscrivent aussi clairement dans cette tendance. La création (ou la réanimation) de ces organisations politiques capitalistes s'accompagne de plus de la création ou du financement de *think tank* de droite :

> The business community, in the words of Thomas Edsall, had 'refined its ability to act as a class'. In the US, the Business roundtable, which consisted of the CEOs of the largest corporations, was founded in 1972, and an array of well-financed right-wing think tanks, such as the American Enterprise Institute and the Heritage Foundation were established. (Fodor, 2013, p. 104)

Ces *think tank* – qui n'émergent pas qu'aux États-Unis – joueront un rôle crucial dans la diffusion – notamment auprès des élites politiques – de l'idéologie néolibérale, à laquelle la classe capitaliste adhère désormais avec enthousiasme :

> In addition, neo-liberalism had become increasingly influential [...]. The business community welcomed the economic philosophy espoused by [Milton]

> Friedman and his followers, which blamed government rather than the private sector for the economic hard times. In Britain, the Institute for Economic Affairs served as the most influential proponent of neo-liberal ideology, where Keith Josep, who went on to serve as a key adviser to Margaret Thatcher, emerged as a prominent figure. (Fodor, 2013, p. 104)

Quant à la classe capitaliste canadienne, elle suit de près les stratégies déployées par le milieu des affaires états-uniens, tant au niveau politique qu'idéologique :

> In the mid-1970s, Canadian businesses, like their US counterparts, began to organize as a class. The traditional business lobbies were deemed ineffective [...]. Following the model of the Business Roundtable in the US, the Business Council on National Issues (BCNI), made up of the CEOs of Canada's largest corporations, was formed in 1976. The main purpose of the BCNI was to exert an influence on broader public policy rather than the traditional approach of lobbying with regard to specific legislation. In addition, two well-financed organizations, the National Citizens Coalition (NCC), a conservative lobby group, and the Fraser Institute, a think tank that was a bastion of Friedmanite economics, were founded. These new organizations sought to change the 'ideological fabric' of the country. (Fodor, 2013, p. 106-107)

9.1.2.4 La combativité des travailleuses et des travailleurs bloque les tentatives de restauration du taux de profit

Cependant, cette offensive idéologique en faveur d'un virage néolibéral ne commencera véritablement à porter ses fruits qu'à partir de la toute fin des années 1970. En effet, les gouvernements tenteront d'abord, durant la plus grande partie des années 1970, de faire face aux problèmes économiques – c'est-à-dire fondamentalement à la baisse du taux de profit de la classe capitaliste – par les moyens typiques du keynésianisme (intensifier l'intervention de l'État, principalement dans le domaine économique), avec très peu de succès. Parallèlement à ces moyens s'ajoutera la réponse habituelle du patronat lors des situations de crises économiques : faire porter le poids

de la crise à la classe des travailleuses et des travailleurs, notamment en accentuant la répression à l'égard des syndicats. En effet, comme le souligne Gindin :

> whatever the actual explanation of the onset of a serious crisis, the capitalist search for a solution will *always* involve some form of an attack on labour's capacity to influence accumulation. In the aftermath of the sixties, the target was workers' organizational capacities. (Gindin, 2000, p. 347)

Autrement dit, face à la chute du taux de profit, il s'agit de parvenir à « *une mise au pas du coût du travail, tant direct qu'indirect.* » (Duménil et Lévy, 2000, p.62) Et dans une telle entreprise, le patronat peut généralement compter sur le soutien actif de l'État, ce qui sera aussi le cas durant la crise des années 1970. Harvey décrit dans ces termes les premières réactions de la plupart des États occidentaux lorsque les problèmes économiques commencent à se manifester au début de la décennie :

> One answer was to deepen state control and regulation of the economy through corporatist strategies (including, if necessary, curbing the aspirations of labour and popular movements through austerity measures, incomes policies, and even wage and price controls). (Harvey, 2005, p. 12)

Cette volonté de réduire les attentes et de briser les capacités organisationnelles de la classe des travailleuses et des travailleurs s'impose d'autant plus d'acuité que sa très forte combativité au cours des années 1960 et 1970 a pour conséquence directe de bloquer – ou du moins de limiter – les tentatives du patronat de restaurer son taux de profit par le biais d'une pression sur les salaires et ce, durant toute la décennie (nous y reviendrons). En effet, malgré la crise, l'inflation et le chômage, les travailleuses et les travailleurs parviennent à faire des gains salariaux importants et à maintenir – et même à faire croître de manière non négligeable – leurs salaires réels, avec pour résultat le développement d'une spirale inflationniste rapidement incontrôlable :

> Alors que les prix de plusieurs nécessités de base comme la nourriture et le logement montaient, les mouvements de grève se multiplièrent pour exiger des salaires pouvant tenir le rythme de l'augmentation du coût de la vie. Le patronat, confronté à des dépenses salariales grandissantes, tenta de refiler la facture en

> aval en haussant les prix de vente. Une dangereuse spirale inflationniste s'était installée. (McNally, 2013, p. 70)

C'est d'ailleurs en partie aussi pour cette même raison que les tentatives étatiques de répondre à la crise par une intensification de son intervention dans l'économie seront peu efficaces, y compris au Canada :

> One response by governments in Canada, and elsewhere, involved additional subsidies to capital through loans, grants, and tax concessions. Thus governments underwrote investment and further shifted the cost of the welfare state onto employed workers. But these initiatives had little impact on economic growth ; indeed, they tended to exacerbate inflation because organized workers responded militantly to preserve their real incomes. Government deficits ballooned as expenditures on corporate subsidies, the unemployed, and public sector wages rose. (Panitch et Swartz, 1984, p. 147)

Face à cette combativité et à ce militantisme exceptionnels des travailleuses et des travailleurs, le patronat de la plupart des pays occidentaux s'engage donc durant les années 1970 – et parallèlement à l'offensive idéologique en faveur d'un virage néolibéral amorcée durant la même période – dans une offensive majeure contre les travailleuses et les travailleurs, et notamment contre le pouvoir syndical. Pour ce faire, ils bénéficieront de l'appui décisif de l'État :

> À partir des années 1970, les gouvernements et le patronat autour du globe ont lancé une offensive coordonnée contre le pouvoir des syndicats, les droits du travail, les salaires, les indemnités et les conditions de travail. Les travailleurs et travailleuses ont résisté à ces attaques, parfois héroïquement. […] Lorsque la direction d'une entreprise ne parvenait pas à mater sa propre main-d'œuvre, les gouvernements déployaient l'arsenal des lois spéciales et des injonctions ; ils eurent aussi recours au besoin à la police et à la prison. Les baisses de salaires obligatoires et la violation des droits syndicaux étaient à l'ordre du jour. (McNally, 2013, p. 85)

Comme nous l'avons vu au chapitre 7, la radicalisation et la politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1960 et 1970 s'explique en bonne partie par le cadre institutionnel des années d'après-guerre qui, couplé à la croissance

économique exceptionnelle de la période, a permis le développement d'un rapport de force très favorable aux travailleuses et aux travailleurs. Or, l'intensification des conflits de travail durant les années 1970 s'explique *aussi* par l'offensive majeure menée alors par la classe capitaliste – et par l'État – contre les acquis salariaux et sociaux des mouvements syndical et populaire :

> The wave of industrial militancy which arose in the mid-1960s continued on into the early 1970s when it crested as public sector workers, inspired by material aspirations similar to those of private sector workers, exhibited a willingness to fight to achieve them. This heightened degree of industrial conflict, however, reflected not just greater worker militancy but also opposition to union demands by capital and the state because of the deepening economic crisis. (Panitch et Swartz, 1984, p. 146)

Au Canada, l'État interviendra également pour tenter de restreindre les salaires – et le pouvoir des syndicats – d'abord par une combinaison de mesures « volontaires » et de mesures coercitives :

> The other major response by the state to the economic crisis [outre les subventions aux entreprises et autres mesures de type keynésien] was its attempt to restrict the bargaining power of organized labour. Government attempted to obtain the 'voluntary' agreement of union leaders to limit members' wage demands to some agreed level [...]. At the same time, government increasingly deployed the state's coercive powers against the labour movement. (Panitch et Swartz, 1984, p. 147)

Assez rapidement cependant, les mesures « volontaires » cèderont le pas aux mesures coercitives :

> Government policy at the federal and provincial levels initially reflected both strategies. In 1969/70 and again in 1974/75 the federal government held discussions with the Canadian Labour Congress (CLC) aimed at securing voluntary wage restraint. [...] Nonetheless, what became particularly striking as the decade of the 1970s wore on, was the state's shift towards new coercive measures. (Panitch et Swartz, 1984, p. 148)

Ainsi, le gouvernement fédéral décide finalement – comme d'autres pays à la même époque – d'imposer le contrôle des salaires (et des prix) par le « Anti-Inflation Act of 1975-78 (which covered both public and private sector workers) » (Panitch et Swartz, 1984, p. 134). Selon Fodor, cette décision sera plutôt mal reçue par le milieu des affaires canadien, qui y verra dans cette intervention directe de l'État une menace pour le libre marché :

> the imposition of wage and price controls by Trudeau in 1975 (in order to combat inflation) [...] especially mobilized the business community. Trudeau had stated on national television that 'it no longer works, the free market system,' and mused that permanent government intervention in the economy may be necessary. (Fodor, 2013, p. 16)[577]

Cependant, comme le souligne Gindin, ces mesures constituent avant tout une réponse claire à la trop grande combativité des travailleuses et des travailleurs qui, en leur permettant de continuer à faire des gains salariaux significatifs malgré le contexte de crise, empêche la restauration des taux de profits à un niveau acceptable pour la classe capitaliste : « the state considered wage demands enough of a potential threat to the recovery of profits to introduce wage controls. » (Gindin, 2000, p. 346) D'ailleurs, il semble que le programme ait été utilisé principalement pour contrôler les salaires : « It is now virtually universally conceded that despite the government's rhetoric about equivalent price, dividend, and profit restraint under the Anti-Inflation Programme, the substantive aspect of the policy entailed only wage controls. » (Panitch et Swartz, 1984, p. 151) De plus, le contrôle des salaires imposé par le gouvernement fédéral signifie concrètement une suspension de la liberté de négocier collectivement les conditions de travail pour une partie très importante des travailleuses et des travailleurs canadiens :

> The statutory incomes policy of the Anti-Inflation Programme of 1975-1978 suspended free collective bargaining for all workers. It was initiated by the

[577] Nous verrons plus loin que le milieu des affaires québécois n'hésitera pas, quant à lui, à appuyer les mesures anti-inflationnistes imposées par le gouvernement fédéral, y compris le contrôle des salaires et des prix (voir *infra*, section 9.2.2).

> government and upheld by the courts on the basis of an elastic definition of economic emergency. Once again, the rules of the game established in the post-was settlement were set aside through special legislation, which empowered the Anti-Inflation Board to examine newly negotiated agreements and roll back wages increases exceeding the government's guidelines. (Panitch et Swartz, 1984, p. 150)

Très répressif, ce programme prévoit non seulement des pénalités financières importantes, mais aussi des peines d'emprisonnement en cas de non-respect de la loi. Les propos du Premier ministre à ce sujet laissent d'ailleurs peu de doute quant à la cible réelle du programme :

> The act created an 'Administrator' to enforce a Board report or Cabinet order through the onerous penalties of unlimited fines and five years imprisonment. The new spirit of the era was adequately expressed by Prime Minister Trudeau when he cynically told a radio interviewer immediately after the initiation of the Anti-Inflation Programme that 'We'll put a few union leaders in jail for three years and others will get the message.' (Panitch et Swartz, 1984, p. 150-151)

Et de fait :

> Au Canada, le gouvernement fédéral imposa un contrôle des salaires en 1976 [sic]. Deux ans plus tard, il fit emprisonner le président du Syndicat des postiers du Canada, longtemps l'un des syndicats les plus militants au pays, lorsque celui-ci déclencha une grève défiant ces mesures. (McNally, 2013, p. 85)

Les mesures de contrôle des salaires – qui, comme nous l'avons vu, impliquent de suspendre la liberté des travailleuses et des travailleurs de négocier collectivement leurs conditions de travail – s'inscrivent dans une tendance plus large du gouvernement canadien (ainsi que des gouvernements provinciaux) à avoir recours de manière grandissante à des mesures *ad hoc* visant à restreindre « temporairement » le droit de grève et à la négociation collective. Ainsi, alors que la vingtaine d'années entre 1950 et 1970 est marquée par un total de 13 lois (fédérales et provinciales) imposant le retour au travail, 15 lois spéciales de retour au travail seront imposées par les gouvernements

fédéral et provinciaux durant les 5 années suivantes (1971-1975), *et 19 durant les 3 années subséquentes* (1976-1978) (Panitch et Swartz, 1984, p. 148).

Pour Panitch et Swartz, on assiste ainsi à l'émergence (ou au retour ?) d'un nouveau modèle de gestion étatique des relations de travail, basé sur une forme beaucoup plus arbitraire de coercition que ce qui avait prévalu durant les « Trente glorieuses », et qui a pour effet de suspendre de plus en plus fréquemment les droits syndicaux acquis de hautes luttes au cours des décennies précédentes, au point où les auteurs parlent d'une tendance vers un « permanent exceptionalism » :

> This new reliance on back-to-work legislation was part of a broader pattern of developments, which characterized the onset of a new era in state policy towards labour. What marked this transformation was a shift away from the generalized rule-of-law form of coercion (whereby an overall legal framework both establishes and constrains the rights and powers of all unions), towards a form of selective, *ad hoc*, discretionary state coercion (whereby the state removes for a specific purpose and period the rights contained in labour legislation). (Panitch et Swartz, 1984, p. 149)

Durant les années 1970, et de manière plus marquée à partir du milieu de la décennie, la classe capitaliste et les États vont donc déployer dans l'ensemble du monde occidental tout un arsenal qui vise, ultimement, la restauration du taux de profit en déclin depuis la seconde moitié des années 1960. Or, comme cela a déjà été mentionné, cette offensive n'aura dans un premier temps qu'un succès très relatif. En effet, la capacité de mobilisation et la combativité des travailleuses et des travailleurs est telle que, malgré la crise et le chômage, elles et ils parviendront à résister (partiellement) à l'assaut, du moins suffisamment pour que la baisse du taux de profit persiste jusqu'au début des années 1980. De fait, « [l]e minimum du taux de profit fut atteint au début des années 1980. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 38)

Bien sûr, l'offensive menée par la classe capitaliste et l'État aura dès les années 1970 un impact important sur l'évolution des salaires puisque leur taux de croissance diminue de manière significative durant la décennie, tant aux États-Unis qu'en Europe

(Duménil et Lévy, 2000, p. 50 ; Lafrance, 2007, p. 43). Cependant, comme le souligne Lafrance, cette diminution est « still modest in comparison with the one that will occur after 1979 » et, surtout : « Profits plunged even more drastically in parallel to real wages. » (Lafrance, 2007, p. 43) Autrement dit, dans un contexte où « there was 'no room for real wage increases without squeezing profitability' », les salaires réels « 'did not rise sufficiently slowly to maintain the profit rates' » (Armstrong, cité dans Lafrance, 2007, p. 43).

En bonne partie grâce au militantisme et à la combativité des travailleuses et des travailleurs durant la décennie, il se produit donc un *décalage* significatif entre le moment où l'offensive menée par la classe capitaliste est amorcée, au début des années 1970, et le moment où elle commencera à produire les effets souhaités, au début des années 1980. Ainsi, Gindin considère que le contexte social de radicalisation et de politisation des travailleuses et des travailleurs « contributed to the actual lag between the slow-down in productivity growth and the slow-down in wages, thereby increasing unit labour costs and prolonging the profitability crisis. ». (Gindin, 2000, p. 347) De même, si Duménil et Lévy insistent sur le fait que l'offensive des années 1970 a été, à la faveur du chômage grandissant, très efficace, ils conviennent d'un décalage avant que la classe capitaliste ne parvienne réellement à reprendre le contrôle du coût du travail :

> La période de crise coïncida très tôt avec une prise de contrôle sévère de la progression du salaire et des cotisations sociales, la vague de chômage qui accompagna la crise aidant puissamment à casser ces rythmes. [...] Confrontés au ralentissement du progrès technique, les employeurs prétendirent en placer tout le poids sur les épaules des salariés. Ils y parvinrent *avec un certain retard*. (Duménil et Lévy, 2000, p. 50)[578]

Alors que la classe capitaliste (et l'État) tentent durant toute la décennie de faire porter le poids de la crise sur la classe des travailleuses et des travailleurs, celle-ci parvient

[578] Souligné dans le texte.

donc, malgré des pertes, à résister à l'assaut : « as economic indicators were plunging, the working class refused to carry the burden. » (Lafrance, 2007, p. 43) Avec pour résultat que pendant que les salaires réels continuent de croître (bien que moins rapidement), « the share of the assets of the richest 1% of the US population continued to fall » (Lafrance, 2007, p. 43). Et à la fin des années 1970, « [t]he ruling class was still carrying much of the downturn's burden on its shoulders. » (Lafrance, 2007, p. 43) Dans ce contexte, un changement de stratégie s'imposait.

9.1.3 Années 1980 : virage néo-libéral, récession économique et renversement du rapport de force

9.1.3.1 La « solution » au « problème » du plein-emploi : récession économique et approfondissement du chômage

Comme nous l'avons vu, la forte combativité et la grande capacité de résistance des travailleuses et des travailleurs à l'assaut de la classe capitaliste et de l'État durant les années 1970 est étroitement liée aux attentes élevées générées par la croissance économique exceptionnelle des Trente glorieuse, mais aussi à l'existence d'un cadre institutionnel qui a permis, depuis la Seconde guerre mondiale, le développement d'un rapport de force très favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs. Rappelons ici les trois grandes pièces maîtresses de ce cadre institutionnel : 1) la reconnaissance par l'État de certains droits syndicaux – et notamment du droit à la négociation collective ; 2) des politiques macroéconomiques d'inspiration keynésienne et axées (plus ou moins selon les pays) sur l'atteinte du plein-emploi ; 3) un système (d'une étendue variable d'un État à l'autre) de politiques sociales (voir *supra*, chapitre 7).

Si une offensive majeure est entamée dès les années 1970 contre le premier de ces trois aspects, c'est l'ensemble du « compromis fordiste et providentialiste » qui est remis en question avec le virage au néolibéralisme. Nous l'avons vu, ce virage est promu par les

nouveaux organes politiques et idéologiques de la classe capitaliste depuis le début des années 1970, et plus intensivement à partir de 1974-1975. Comme l'affirme Lafrance, dès le milieu des années 1970 : « Business's agenda was set. Its main goal was to reduce as much as possible the power of the working class by eliminating economic policies, welfare programs and institutional arrangements that sustained that power. » (Lafrance, 2007, p. 56)

Toutefois, le virage vers le néolibéralisme ne s'amorce véritablement qu'en 1979. La première étape – décisive – de ce virage sera le passage officiel – et brutal – d'une politique keynésienne donnant la priorité au plein-emploi à une politique monétariste centrée sur la lutte contre l'inflation – quelles qu'en soient les conséquences en termes de croissance économique et, surtout, de chômage. Un rapport de l'OCDE daté de 1970 (ce qui montre d'ailleurs que ce virage était déjà envisagé à l'époque) est très clair à ce sujet :

> The OECD policy report realistically recognizes that 'giving higher priority to price stability means giving lower priority to something else' and that 'in a number of countries this may temporarily have to be [growth and employment].' To restore price stability, the first recommendation of the OECD is that 'excess demand should be eliminated and governments should be prepared, where necessary, to accept a temporary reduction in the rate of activity until there are signs that better price stability has been achieved. (Korpi, 2002, p. 392)[579]

Ce document, intitulé *Inflation : The Present Problem* et dont Korpi précise qu'il « played an important advisory role in relation to governments in member countries » (Korpi, 2002, p. 392), est aussi très clair sur les objectifs de la lutte contre l'inflation et, fait intéressant, il présente explicitement le plein-emploi comme une des sources du problème :

> In outlining the problems generated by inflation, this document points at issues such as insecurity, wage-price spirals, and increasing interest rates. The report also pointed at the role of high labor demand for increasing the share of wages

[579] Les crochets sont de l'auteur.

> and salaries in the national product while decreasing the corporate share. (Korpi, 2002, p. 392)

Fodor fait la même remarque et constate que durant les années 1970, « economic policy-makers worlwide became convinced that inflation resulting from low unemployment had become severe and uncontrollable » (Fodor, 2013, p. 104). En fait, au cours de cette décennie, le plein-emploi (ou les faibles taux de chômage) devient un problème *du point de vue de la classe capitaliste*. Comme le souligne Korpi : « in the long run, business interest would not accept full employment. » (Korpi, 2002, p. 397) Deux raisons principales, étroitement liées entre elles, expliquent cela. D'abord, sur un plan plus strictement économique, la classe capitaliste semble incapable, dans le contexte de crise des années 1970, de restaurer ses taux de profit déclinants. Il devient donc impératif pour elle de limiter la croissance des salaires, qui contribue à gruger davantage ses avoirs. Or, comme le montre clairement Korpi, « there is a clear inverse relationship between levels of unemployment and nominal wages. » (Korpi, 2002, p. 389 ; à ce sujet, voir également p. 382-384)

Ensuite, des motivations plus politiques peuvent expliquer l'antipathie de la classe capitaliste à l'égard du plein-emploi. Nous avons vu en effet que le plein-emploi contribue à renforcer la capacité des travailleuses et des travailleurs à revendiquer de meilleurs salaires et conditions de travail (ce qui permet aussi de comprendre la relation inverse entre chômage et salaires). Autrement dit, dans le rapport de force qui oppose les classes capitaliste et laborieuse, le plein-emploi tend à favoriser la seconde, avec pour résultat que durant les années d'après-guerre, marquées par de très bas taux de chômage, ce rapport de force est clairement favorable aux travailleuses et aux travailleurs. Celles-ci et ceux-ci sont donc en mesure de faire des gains salariaux importants et de s'approprier une proportion significative des fruits de la croissance économique exceptionnelle des « Trente glorieuses » : « The change in power relations generated by full employment during the Great Trough was likely to have significant

consequences for patterns of distributive conflict, important among which are inflation and industrial disputes. » (Korpi, 2002, p. 389)

Or, si le plein-emploi favorise et renforce la classe des travailleuses et des travailleurs (limitant ainsi le pouvoir de la classe capitaliste), le chômage peut inversement « be seen as a worker disciplinary device. » (Korpi, 2002, p. 371) Plus précisément :

> Le plein-emploi est défavorable à la mise en valeur du capital car il entraîne des hausses de salaires et, plus généralement, rend les salariés moins conciliants vis-à-vis des exigences des employeurs. Si le coût du travail augmente trop, le taux de profit est entamé. Il en va de même si les travailleurs refusent de s'adapter aux horaires ou aux conditions de travail. Le chômage et la précarité sont les meilleurs garants de cette discipline, que le salarié en fasse l'expérience ou que la menace plane sur lui. (Duménil et Lévy, 2000, p. 61)

En effet, comme le rappelle Lafrance : « to stay alive, firms must not only beat competition but also their own worker ; [...] to reproduce itself, the ruling class must maintain a certain level of discipline among the working class. » (Lafrance, 2007, p. 13-14) Or : « From the ruling class's viewpoint, in the 1960s and 1970s, this level fell dangerously low. » (Lafrance, 2007, p. 14) Dans ce contexte, plutôt que d'être conçu par la classe capitaliste et l'État comme un problème, le chômage est considéré de plus en plus ouvertement comme une *solution* aux problèmes des années 1970 :

> The high unemployment rates after 1973 partly reflect attempts by business and conservative interests to reshape relations of power and patterns of distribution prevailing during the full employment era into more favorable ones from their point of view. Instead of being the major problem, unemployment thus comes to be seen as a solution to other problems now considered more serious. (Korpi, 2002, p. 397)

Nous avons vu cependant que les taux de chômage croissants qui marquent la décennie n'empêcheront pas les travailleuses et les travailleurs de maintenir un niveau de combativité très important qui contrecarrera durant toute la période les tentatives de restauration des taux de profits. Face à ce blocage, plusieurs parmi l'élite politique et

économique commenceront à partir du milieu des années 1970 à entrevoir la « nécessité » d'une véritable récession – et donc d'une augmentation accrue du taux de chômage – pour discipliner les travailleuses et les travailleurs et diminuer leurs attentes quant à l'amélioration de leurs conditions d'existence. C'est notamment le cas de certaines et certains PDG ayant participé aux rencontres organisées par le Conference Board :

> [En plus d'éliminer les programmes sociaux,] [a]nother aim, said a meeting participant, should be to force workers 'to recognize that a job is the most important thing they can have'. For this, said a CEO, 'we need a sharp recession'. This, concluded another, 'would bring about the healthy respect for economic value that the Depression did' and the public would finally 'better understand how our economic system works' (Lafrance, 2007, p. 56).

Fait intéressant, le document de l'OCDE cité plus haut envisage déjà en 1970 une récession (et donc une montée du chômage) comme solution à l'inflation, mais considère – et déplore – qu'une stratégie consistant à provoquer délibérément une récession serait difficile à mettre en œuvre pour les gouvernements soucieux de se faire réélire :

> In a cautious discussion of the proposal to recreate 'the fear of a real recession' as a cure for inflation [...], they were very concerned with the potential of negative electoral reactions to governments attempting to implement their proposal. The report recognizes that 'a major recession would no longer be a *deus ex machina*' but would instead be seen as 'a result of miscalculation or a deliberate act of government. [...] today a serious recession would be clearly recognized to be the result of a deliberate policy being followed by the government,' while in the 1930s 'it could be seen as a natural disaster.' (Korpi, 2002, p. 392-393)

Comme le reconnaît *Business Week* en 1974, une telle stratégie serait d'autant plus difficilement acceptable pour la population qu'elle vise, pour l'essentiel, un déplacement des richesses vers les grandes entreprises :

> 'it will be a hard pill for many Americans to swallow – the idea of doing with less so that big business can have more… Nothing that this nation, or any other nation, has done in modern economic history compares in difficulty with the selling job that must now be done to make people accept the reality'. (cité dans Lafrance, 2007, p. 40)

En effet, loin d'être neutre, la politique anti-inflationniste brutale qui sera agressivement mise de l'avant à partir de 1979 aux États-Unis et du début des années 1980 dans plusieurs autres pays occidentaux n'aura pas pour seul impact de provoquer partout une récession économique profonde ; elle aura aussi des conséquences décisives – et clairement favorables à la classe capitaliste – sur la distribution des richesses et sur l'état du rapport de force entre les classes :

> the inverse statistical association found between unemployment and wages clearly indicates that an increase of unemployment is likely to affect the bargaining positions of employees and employers in opposite directions, reducing the bargaining power and aspirations of employees while increasing those of employers. Ceteris paribus, economic policies that work via variations in levels of unemployment to ensure that inflation remains stable are thus likely to have distributive consequences. When the goal of economic policy changes from full employment to stable inflation, we can thus expect employees to be on the losing side. (Korpi, 2002, p. 397)

Korpi considère que les chocs pétroliers des années 1970 fourniront aux gouvernements occidentaux le prétexte qui leur permettra d'imposer un virage monétariste à leur politique économique :

> the oil shocks generated by the Organization of Petroleum Exporting Countries (OPEC) in the 1970s opened up windows of opportunity for governments to allow unemployment to rise without major electoral backlash. In most Western countries, the top priority policy goal now changed from full employment to low and stable inflation. (Korpi, 2002, p. 372)

Quoiqu'il en soit, comme le montrent les propos tenus par plusieurs des PDG ayant participé aux rencontres du Conference Board, il est clair qu'une partie au moins de la classe capitaliste est déterminée à promouvoir un tel virage dès le milieu des années

1970 : « So, by the mid-1970s, the ruling class called for a neoliberal restructuring. For this, asserted a CEO, 'we should cease to be pansies and start to raise hell'. And so hell they raised. » (Lafrance, 2007, p. 56)

9.1.3.2 Le « choc Volcker »

Selon McNally :

> Le changement de cap s'est amorcé en 1979. Cette année-là, Paul Vokcker, le président de la Réserve fédérale américaine, annonça la fin du Grand Boom. Non seulement on informa le peuple américain que son niveau de vie n'allait pas continuer à s'améliorer de façon régulière, il devait maintenant se préparer à un pénible déclin. (McNally, 2013, p. 58)

Dans des termes très semblables à ceux des PDG cités plus haut, Volcker déclare en effet, en octobre 1979 (soit quelques mois après sa nomination à la tête de la Réserve fédérale) : « Le niveau de vie des Américains doit baisser. » (cité dans McNally, 2013, p. 58) Résolu à mettre fin à la spirale inflationniste – et au déclin des taux de profit – qui persistent tout au long des années 1970, il administre alors à l'économie de son pays un choc monétaire majeur en imposant une hausse spectaculaire des taux d'intérêts :

> La Réserve fédérale fit passer les taux d'intérêt à court terme de 10% à 15% en un rien de temps. Lorsque ce moyen s'avéra insuffisant, la banque centrale propulsa les taux à la hausse jusqu'à ce qu'ils atteignent le seuil incroyable des 20%. Pendant ce temps, le taux d'intérêt *réel* (le taux d'intérêt moins le taux d'inflation) passa d'une valeur négative au milieu des années 1970 à près de 9%. En maintenant les taux d'intérêt à des niveaux extraordinairement élevés pendant près de trois ans, Volcker réussit à ramener l'inflation à 4%, mais par là même il

> plongea l'économie dans une période de ralentissement. (McNally, 2013, p. 74)[580]

Duménil et Lévy voient aussi dans ce qu'il est désormais convenu d'appeler le « choc Volcker » un des moments décisifs de l'offensive de la classe capitaliste visant à rétablir son pouvoir économique et politique :

> Un des éléments les plus retentissants de ce retour en force, fut le *coup de 1979*, la hausse soudaine des taux d'intérêt tendant à juguler l'inflation coûte que coûte. Ce coup déclencha un mouvement en cascade qui devait s'étendre à l'ensemble de la société et de l'économie, les réordonnant selon ce nouvel ordre social, favorable au revenu et au pouvoir des fractions des classes dominantes incarnant de la manière la plus immédiate la propriété capitaliste. (Duménil et Lévy, 2000, p. 19)

Volcker amorce ainsi officiellement le virage aux États-Unis d'une politique économique keynésienne vers une politique économique résolument monétariste et, plus largement, vers le néolibéralisme :

> In October 1979 Paul Volcker, chairman of the US Federal Reserve Bank under President Carter, engineered a draconian shift in US monetary politicy. The long-standing commitment in the US liberal democratic state to the principles of the New Deal, which meant broadly Keynesian fiscal and monetary policies with full employment as the key objective, was abandoned in favour of a policy designed to quell inflation no matter what the consequences might be for employment. (Harvey, 2005, p. 23)

Comme le fait remarquer McNally, certaines initiatives prises dans les mois précédents par la banque centrale allemande et par le gouvernement récemment élu de Margaret Thatcher allaient déjà dans le sens d'un virage monétariste et néolibéral (McNally, 2013, p. 73)[581]. Cependant, considérant la position dominante des États-Unis, le « choc

---

[580] En fait, à part deux brèves accalmies en 1983 et 1987, les taux d'intérêts seront maintenus à un niveau élevés durant toutes les années 1980 (McNally, 2013, p. 76-77)

[581] Sans compter la « répétition générale » qu'a représenté l'application des principes monétaristes à l'économie chilienne par la dictature militaire de Augusto Pinochet suite au coup d'État contre Salvador Allende en septembre 1973 (McNally, 2013, p. 73).

Volcker » aura un impact décisif puisqu'il donnera le coup d'envoi à une récession majeure qui affectera l'ensemble de l'économie mondiale :

> En tant que nouveau président de la Réserve fédérale [américaine], [Paul Volcker] réalisa le souhait le plus cher des courants conservateurs et monétaristes en administrant un choc monétaire qui mit fin à la spirale inflationniste. Ce faisant, il plongea l'économie mondiale dans un marasme profond, donna le coup d'envoi à une vague de pertes d'emplois et déclencha une crise de la dette au tiers-monde. Ce n'était là toutefois pas cher payé pour restaurer la profitabilité des entreprises. (McNally, 2013, p. 72)

De plus, le virage monétariste initié par Volcker aura également une influence considérable sur la politique économique des autres gouvernements qui, pour la plupart, s'engageront dans un virage semblable. Ainsi, à l'instar de la Réserve fédérale états-uniennes, la Banque centrale du Canada procède à partir de la fin de 1979 à une hausse considérable des taux d'intérêts qui, selon plusieurs économistes, sera une des causes principales de la récession qui frappe le pays à partir de cette année-là :

> le Québec est de nouveau confronté à une récession économique en 1979. Une cause évoquée pour expliquer cette contraction économique au Québec pour la période 1979-1980 est la forte augmentation des taux d'intérêt par la Banque du Canada. Cette hausse des taux d'intérêt visait à combattre l'inflation et à protéger le dollar canadien face à une hausse des taux d'intérêt américains. Ainsi, le taux d'intérêt préférentiel consenti par les banques à charte à leurs meilleurs clients est passé de 12% en juin 1979 à 16,7% en avril 1980. (Kabore, 2014, p. 8)[582]

À ce virage monétariste s'ajoute toute une série de mesures de libéralisation des mouvements de capitaux et des échanges qui passeront par la dérégulation du commerce et de la finance et qui jetteront les bases pour un approfondissement sans précédent de la mondialisation de l'économie. Ainsi, durant les années 1980, le gouvernement états-unien « liberalized markets, and moved more aggressively toward constructing a global free-trade architecture. » (Aschoff, 2016) À cet égard, un tournant majeur se produit avec l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher, élue première

[582] Voir également Banque du Canada (2010, p. 3).

ministre de Grande-Bretagne en 1979 et Ronald Reagan élu président des États-Unis en 1980 : « Les deux gouvernements ont ainsi vigoureusement œuvré pour la déréglementation et la libéralisation des finances et des investissements, et, en Grande-Bretagne, pour la privatisation des entreprises publiques, donnant l'exemple au reste du monde. » (Castells, 2001, p. 177)

Dans la plupart des pays, le virage monétariste et le processus de déréglementation et de libéralisation des capitaux s'accompagne aussi d'une remise en question – plus ou moins radicale selon les pays – du système de sécurité sociale qui s'était consolidé durant les années d'après-guerre (on commence alors à parler d'une « crise de l'État-providence » (Rosanvallon, 1981)) ainsi que d'une offensive redoublée contre les droits syndicaux et les capacités organisationnelles des travailleuses et des travailleurs. Or, cette remise en question et cette offensive sont cette fois facilitées par la dégradation considérable de la situation économique – et en particulier de l'emploi – suite au choc monétaire, ainsi que par les nouvelles possibilités offertes à la classe capitaliste par la déréglementation et la libéralisation des capitaux. Comme le résume Fodor :

> Margaret Thatcher was elected prime minister of Britain in 1979 ; Ronald Reagan was elected president of the US a year later. [...] Keynesian economics was abandoned for monetarism. Trade Union power was curtailed, while business benefited from deregulation. [...] Meanwhile, the so-called Volcker shock at the US Federal Reserve in 1979 sharply raised interest rates and symbolized a dramatic shift toward monetarism among central banks. (Fodor, 2013, p. 105)

En Grande-Bretagne, Thatcher entreprend dès son élection « nothing short of a revolution in fiscal and social policies » et fait montre d'une détermination féroce « to have done with the institutions and political ways of the social democratic state that had been consolidated in Britain after 1945. This entailed confronting trade union power [and] attacking all forms of social solidarity that hindered competitive

flexibility » (Harvey, 2005, p. 22-23).[583] Aux États-Unis, le « choc Volker » entraîne « a long deep recession that would empty factories and break unions in the US » (Harvey, 2005, p. 23). En effet : « L'économie [états-unienne] subit alors une forte contraction. [...] le taux de chômage officiel franchit la barre des 11% pour la première fois depuis quarante ans. » (McNally, 2013, p. 74) À cette hausse importante du taux de chômage s'ajoutent les réformes sociales et fiscales majeures ainsi que les politiques fortement antisyndicales du gouvernement Reagan, ces dernières étant symbolisées notamment par la répression brutale de la grève des contrôleuses et des contrôleurs aériens en 1981[584] :

> The Reagan administration then provided the requisite political backing through further deregulation, tax cuts, budget cuts, and attacks on trade union and professional power. [...] This signalled an all-out assault on the powers of organized labour at the very moment when the Volcker-inspired recession was generating high levels of unemployment (10 per cent or more). (Harvey, 2005, p. 25)

Ainsi, aux États-Unis, « the US state combined monetary solutions [...] and deregulation (particularly of the financial sector) with attacks on the welfare state and concrete measures to roll back the gains of social movements. » (Aschoff, 2016)[585] Comme le remarque McNally :

> Le retour du chômage de masse était suffisant en soi pour provoquer un traumatisme chez les travailleurs. Mais le gouvernement américain avait l'intention de faire monter la tension d'un cran et d'alimenter davantage le sentiment de peur. [...] Après tout, si les travailleurs et travailleuses se sentent en confiance, ils vont probablement faire preuve de plus de détermination dans leur résistance à l'intimidation et à l'autoritarisme du patronat. La peur de perdre son emploi, son gagne-pain, de mettre en péril le bien-être de sa famille, suffit

---

[583] Sur l'offensive majeure menée par Thatcher, voir Hall (1988).

[584] Cette décision recevra d'ailleurs l'appui de Volcker : « Les commentaires subséquents de Volcker ne laissèrent planer aucun doute quant à l'importance stratégique de briser les syndicats : 'l'action la plus importante du gouvernement dans son soutien à la lutte contre l'inflation fut de mettre fin à la grève des contrôleurs aériens.' » (McNally, 2013, p. 75)

[585] Pour une analyse détaillée de l'offensive du gouvernement Reagan contre l'État-providence états-unien, voir Cloward et Piven (1984).

> généralement à ralentir les ardeurs rebelles. Volcker et compagnie, eux, avait [sic] pour mission de cultiver ce sentiment de peur. (McNally, 2013, p. 74-75)

Au Canada, l'offensive contre l'État-providence a été moins directe et radicale que celle menée par Thatcher et Reagan en Grande-Bretagne et aux États-Unis :

> Contrairement à ce qui s'est produit ailleurs, nous n'avons pas subi une attaque soutenue contre les bénéficiaires d'aide sociale, les personnes en chômage et les femmes, pas plus qu'une défense vertueuse de la famille et des libres marchés comme seules avenues menant vers un avenir glorieux, ni même encore le désir de protéger la loi et l'ordre à tout prix. [...] La plupart des gouvernements provinciaux, de même que le gouvernement fédéral, n'ont pas semblé être intéressés par ce genre de sortie de crise. (Moscovitch, 1984, p. 27)

Néanmoins, il se produit à partir du milieu des années 1970 une érosion des dépenses sociales de l'État qui, bien qu'elles continuent d'augmenter, voient leur taux de croissance diminuer de façon marquée. Ainsi :

> Lorsqu'on tient compte des demandes croissantes soumises dans le cadre de divers programmes sociaux, l'effet combiné de l'inflation et des compressions budgétaires semble s'être traduit uniquement par une diminution du taux de croissance des dépenses sociales, mais le niveau des dépenses s'est, pour sa part, accru en dollars constants et courants pour les programmes offerts à l'échelle fédérale, provinciale et municipale. (Moscovitch, 1984, p. 27-28)

Cependant :

> Si l'on compte l'ensemble des dépenses au chapitre de l'éducation, de la santé, des pensions, de l'assurance-chômage, des allocations familiales et d'autres programmes de soutien du revenu, on constate que les dépenses sociales se sont accrues à un taux annuel réel de 9,5% de 1960 à 1975, mais seulement de 2,9% de 1975 à 1981. (Moscovitch, 1984, p. 32)

De plus, cette baisse de la croissance des dépenses sociales – qui voient ainsi leur importance diminuer au sein du budget global de l'État – se produit alors même que la demande de soutien s'accroît en raison de la crise économique et du chômage qui,

comme ailleurs, s'approfondissent à la suite de la hausse marquée des taux d'intérêt par la Banque centrale du Canada à partir de 1979 :

> Depuis que le chômage et l'inflation ont augmenté radicalement, soit depuis le milieu des années 70, [les gouvernements fédéral et provinciaux] ont surtout cherché à restreindre le taux de croissance des dépenses sociales tout en rationalisant les programmes sociaux existants. [...] En pourcentage de l'ensemble des dépenses de l'État [...], la sécurité sociale a *diminué* de 31,2% à 30,3% [entre 1975 et 1982] ; il y a donc eu baisse de l'importance relative des programmes sociaux, en dépit du fait que les demandes ne cessaient de croître, en raison principalement du nombre nettement plus élevé de personnes en chômage. (Moscovitch, 1984, p. 27-28)

Moscovitch souligne que cette érosion de la croissance des dépenses sociales s'est faite non pas par le biais d'une attaque frontale contre les politiques sociales, mais plutôt par des stratégies détournées qui mèneront néanmoins, à termes, à la *restructuration* des politiques sociales :

> C'est d'abord par la modification de ces politiques, règles et pratiques, et non par le démantèlement complet des programmes sociaux, qu'a débuté la restructuration de la politique sociale de l'État. Cela ne signifie pas du tout qu'aucun programme n'a été éliminé, mais simplement qu'au Canada cette voie plus radicale n'a pas été retenue comme stratégie. (Moscovitch, 1984, p. 33)[586]

Bernier (2003) va dans le même sens et montre que si les dépenses sociales continuent de croître quantitativement, des réformes successives génèrent des transformations *qualitatives* importantes des divers programmes sociaux :

> Le processus de désengagement est paradoxal, au sens où [...] on constate une croissance des dépenses plutôt qu'une réduction de celles-ci [...]. Pourtant, l'examen détaillé des transformations que les programmes de sécurité du revenu canadiens ont subies au cours des deux dernières décennies ne nous permet pas

[586] Pour une analyse détaillée des diverses stratégies plus ou moins indirectes utilisées par l'État fédéral dans sa remise en question de l'État-providence canadien, voir Moscovitch (1984, p. 34-39) et surtout Bernier (2003), qui constate qu'un des effets important de cette restructuration des politiques sociales est de les aligner davantage sur les exigences du marché du travail (et donc du patronat).

> de soutenir que les changements apportés aux programmes de sécurité du revenu aient été marginaux [...]. (Bernier, 2003, p. 186)

L'auteure constate en effet

> une mutation profonde du rôle du gouvernement fédéral dans la sécurité du revenu. Dans chacun des programmes [assurance-chômage, sécurité de la vieillesse, allocations familiales, assistance sociale], lorsqu'on jouxte l'analyse de l'évolution des dépenses à celle, détaillée, des tendances, on constate qu'il y a eu transformation des objectifs poursuivis et renversement des droits garantis aux citoyens. (Bernier, 2003, p. 188)

Plus précisément, ces réformes ont notamment consisté à éroder le caractère universel de ces programmes en y introduisant, le plus souvent « par la porte arrière » (Moscovitch, 1984, p. 34), une forme ou une autre de sélectivité (Moscovitch, 1984, p. 34-36). Bernier souligne qu'à termes, cette « résidualisation » détournée des programmes sociaux universels aura notamment pour effet global de renforcer la dépendance des travailleuses et des travailleurs à l'égard du marché du travail :

> Ce désengagement a entraîné une plus grande dépendance des bénéficiaires par rapport au marché [du travail] ou aux transferts conditionnels. Le processus lui-même n'a pas été révolutionnaire ou spectaculaire, sauf dans quelques cas ; mais les changements successifs apportés aux différents régimes sur deux décennies, de même que la réforme de ces régimes, constituent davantage que de simples modifications marginales. [...] les fondements philosophiques et les droits assurés par les programmes ont été transformés profondément durant cette période, l'implication du gouvernement fédéral dans la sécurité du revenu de l'ensemble des citoyens ayant diminué de façon correspondante. À longue échéance, tous les programmes ont été sujets à une redéfinition significative des droits. (Bernier, 2003, p. 191).

Parallèlement à ces réformes sociales se produisent, au Canada comme dans le reste du monde occidental : 1) un engagement du gouvernement fédéral en faveur de la déréglementation des capitaux et de la libéralisation des échanges, symbolisées notamment par les discussions qui mèneront à la conclusion en 1987 de l'Accord de libre-échange canado-américain (ratifié en 1988) (Rouillard, 2004, p. 266) ; 2) des

réformes fiscales qui auront pour effet de réduire la progressivité du système fiscal canadien et de diminuer les revenus globaux de l'État (et donc sa capacité à financer les programmes sociaux)[587] ; et 3) un approfondissement du virage, amorcé dans les années 1970, vers une approche coercitive des gouvernements fédéral et provinciaux à l'égard du mouvement syndical. Selon Rouillard, à partir des années 1980 :

> Le gouvernement fédéral, encore plus que le gouvernement du Québec, est touché par le courant néolibéral appuyant un vaste éventail de politiques réclamées par le patronat en vue de favoriser l'investissement privé [...]. On assiste donc à un recul de l'interventionnisme étatique et à un élargissement de l'espace dévolu à l'entreprise privée et aux forces du marché. En économie, la tendance est à la déréglementation, à la privatisation des sociétés d'État, à l'allégement de la fiscalité et à l'élimination des droits de douane (libre-échange). Quant aux programmes sociaux, ils sont revus à la baisse, certains perdant leur caractère universel pour ne viser que les moins bien nantis de la société. (Rouillard, 2004, p. 264-265)

De même, le recours à des lois spéciales imposant le retour au travail prend aussi à partir du début des années 1980 une ampleur encore plus importante que durant la décennie précédente. Panitch et Swartz relatent ainsi que dans les mois qui ont suivi l'adoption de la Charte des droits et liberté canadienne en 1982,

> the right to strike was abrogated for well over 1 000 000 of the 3 500 000 organized workers in Canada through a series of federal and provincial legislative measures. The most important of these measures, because it most clearly symbolized the significance of the Charter's silences on the right to strike, was the federal Public Sector Compensation Restraint Act introduced in June 1982. [...] [The act] completely suppressed the right to bargain and strike for all those public employees covered by the legislation [...]. The provinces, with the

[587] Pour une analyse des réformes fiscales majeures menées durant la seconde moitié des années 1980 par le gouvernement conservateur de Brian Mulroney, voir McQuaig (1987). Ces réformes consisteront notamment à réduire le nombre de paliers d'imposition (qui passent de 10 à 3) et à remplacer une partie de l'impôt sur le revenu par des taxes à la consommation. Sur la réaction du mouvement syndical à ces réformes : « Du côté de la fiscalité, les centrales s'élèvent contre l'injustice créée par la nouvelle répartition du fardeau des taxes et des impôts. D'une part, le gouvernement, en dépit de son lourd déficit, diminue la contribution des entreprises (réduction des taux d'imposition) et des individus à hauts revenus (réduction de la progressivité des tables d'impôt, abris fiscaux, exemption des gains de capitaux, etc.) alors que, d'autre part, il fait appel aux impôts indirects qui frappent davantage les contribuables à faible et moyen revenu. » (Rouillard, 2004, p. 265-266)

> exception of Manitoba and New Brunsick, quickly followed suite. (Panitch et Swartz, 1984, p. 134)

9.1.3.3 Les conséquences du virage néolibéral : montée des inégalités sociales, affaiblissement du mouvement syndical et restauration du pouvoir économique et politique de la classe capitaliste

Les conséquences du virage au néolibéralisme sur les rapports de classe sont très claires :

> Ce retour à l'hégémonie de la finance confirma l'arrêt de la progression de la condition des salariés initié dès le début de la crise : l'interruption ou le fort ralentissement de la croissance des salaires, les tentatives de démantèlement de la protection sociale, la montée de la précarité, etc. (Duménil et Lévy, 2000, p. 19)

À partir du début des années 1980 se produit en effet partout dans le monde occidental un recul marqué du pouvoir syndical, un déclin de la combativité des travailleuses et des travailleurs et une diminution importante des salaires réels :

> Alors que plusieurs syndicats majeurs tombaient sous les attaques patronales, les mouvements ouvriers battirent en retraite. Le taux de syndicalisation [...] baissa de façon dramatique et continue aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Unis, en France, en Espagne et ailleurs. [...] Ces développements contribuèrent à une baisse pénible des revenus de la classe ouvrière. Aux États-Unis, les salaires réels étaient 15% plus bas en 1993 qu'en 1978. (McNally, 2013, p. 86)[588]

McNally précise qu'aux États-Unis, une baisse de 10% des salaires réels se produit entre 1978 et 1983 seulement et que les salaires réels « continuèrent leur descente même lors de la reprise économique subséquente. » (McNally, 2013, p. 75) Selon de Brunhoff, il peut même se produire « une stagnation ou une diminution non plus

---

[588] Sur le déclin des salaires réels, voir aussi Harvey (2005, p. 25-26). Sur le recul du taux de syndicalisation, voir également Gindin (2000, p. 347).

seulement des salaires réels (effet de la hausse des prix sur les salaires), mais des salaires nominaux eux-mêmes, ainsi que des prestations sociales. » (de Brunhoff, 1984, p. 64) Plus encore, ce recul des salaires s'accompagne d'« une augmentation de la productivité du travail ouvrier [...] qui correspond à une re-structuration des procès de travail de production », autant de « [m]esures qui sapent les organisations du mouvement ouvrier et accroissent les moyens d'action et le pouvoir des patrons » (de Brunhoff, 1984, p. 64). De même, l'analyse de Korpi montre que si les conflits de travail connaissent dans la plupart des pays occidentaux une augmentation importante durant les années d'après-guerre, à partir de 1984 « conflict involvement drastically declines. » (Korpi, 2002, p. 390)

Inversement, Duménil et Lévy constatent à partir de 1982 une tendance à la hausse du taux de profit, tant aux États-Unis qu'en Europe (Duménil et Lévy, 2000, p. 47). Aux États-Unis, « le taux de profit moyen a augmenté de façon continue entre 1982 et 1997, renversant par le fait même la tendance à la baisse qui s'était installée lors des dix-huit années précédentes (1964-1982). » (McNally, 2013, p. 93) En fait, dans ce pays, le taux de profit des entreprises non financières a plus que doublé durant cette période (McNally, 2013, p. 76) et ce, alors même que les salaires diminuent ou, au mieux, stagnent : « [l]'issue du combat ne faisait aucun doute. L'inflation et les salaires étaient en baisse, les profits étaient en hausse. » (McNally, 2013, p. 76) Autrement dit, avec le virage néolibéral amorcé par le « choc Volcker », la classe capitaliste parvient enfin à restaurer son pouvoir économique : « And so began the momentous shift towards greater social inequality and the restoration of economic power to the upper class. » (Harvey, 2005, p. 26)[589]

[589] Bien que faire cette analyse déborderait du cadre de la présente démarche, mentionnons néanmoins que plusieurs des auteurs cités ici (notamment Harvey ainsi que Duménil et Lévy) soulignent que c'est la fraction de la classe capitaliste la plus étroitement associée à la haute finance qui a le plus profité du renversement du rapport de force.

La plupart des auteures et auteurs cités ici considèrent que la classe capitaliste et les gouvernements ont d'abord agi à tâtons dans la recherche de solutions aux problèmes économiques et politiques des années 1970, recherche qui mènera, à partir du tournant des années 1980, au remplacement du cadre institutionnel des années d'après-guerre par une régulation néolibérale du capitalisme et des rapports de classe. Comme le fait remarquer Aschoff :

> Today, many scholars date the birth of neoliberal capitalism to the convulsive 1970s. At the time, however, policymakers weren't so sure about what was coming next. They groped in the dark for solutions and weighed conflicting ideas about how to restore 'business confidence.' [...] Many of these strategies were ad hoc. (Aschoff, 2016)

Il n'en demeure pas moins que pour ces auteures et auteurs, le virage vers le néolibéralisme est aussi le résultat d'une stratégie délibérée et d'un projet politique clair. Selon Duménil et Lévy : « Le caractère politique du renversement fut tout à fait évident, en particulier au Royaume-Uni et aux États-Unis. Il fut organisé, financé de manière massive et plus délibéré qu'on peut l'imaginer. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 25) Selon ces deux auteurs, le caractère politique du virage vers le néolibéralisme est notamment visible dans le fait que « le chômage s'y trouva instrumentalisé. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 12) Plus précisément, les taux de chômage grandissants qui marquent la période, loin d'être combattus, ont été utilisés pour servir les intérêts de la classe capitaliste : « Gérer la crise dans l'intérêt de la finance, signifie être indifférent au chômage, et même tabler sur ses effets répressifs vis-à-vis des revendications salariales, du niveau de la protection sociale, des garanties d'emploi – dans la crise et au-delà. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 21)

Plus encore, les forts taux de chômage qui ont accompagné le développement de la crise économique des années 1970 et son approfondissement dans la récession du début des années 1980 sont clairement le résultat non pas des effets mécaniques de facteurs économiques objectifs, mais bien de choix politiques :

> l'étude du chômage conduit à la ferme conclusion [...] que la vague de chômage qu'ont connue nos économies tint à peu de choses. Un cours légèrement différent des principales variables économiques pouvait changer profondément la situation de l'emploi, ce qui met directement en cause les politiques économiques. L'inflation était forte et intolérable pour les créanciers ; le chômage et l'exclusion l'étaient pour d'autres catégories sociales. Des choix non ambigus ont été opérés. (Duménil et Lévy, 2000, p. 25)

En d'autres termes, cette vague de chômage n'était pas inévitable :

> il n'y avait aucune fatalité historique dans la vague de chômage des années 1970 et 1980. La difficulté n'était pas principalement d'ordre technique, mais *politique*. Le chômage frappa nos économies dans les proportions et pour la durée que l'on sait, parce que les objectifs politiques mis en avant n'étaient pas véritablement la lutte contre le chômage, contrairement à toutes les déclarations. (Duménil et Lévy, 2000, p. 69)

Le caractère politique du virage néolibéral est aussi très clair en ce qui concerne une autre de ses dimensions importantes : l'approfondissement de la mondialisation de l'économie. Ainsi, selon Duménil et Lévy, « l'aspect principal » de la mondialisation et de la libéralisation des mouvements de capitaux et des échanges se trouve dans « la réaffirmation du pouvoir des détenteurs de capitaux » (Duménil et Lévy, 2000, p. 13). En effet : « il ne faut pas confondre le moyen, la mondialisation, et l'objectif, le revenu de la finance et son hégémonie. » (Duménil et Lévy, 2000, p. 13) Pour Castells, il est aussi très clair que le processus de globalisation « s'est opéré à l'initiative des gouvernements. » (Castells, 2001, p. 177) Plutôt que le résultat inévitable du développement de l'économie capitaliste, ce processus est donc considéré comme clairement politique :

> Ainsi, l'économie globale est née d'une volonté politique. La restructuration des entreprises et les nouvelles technologies de l'information, si elles sont bien à l'origine des tendances à la globalisation, n'auraient pu engendrer à elles seules une économie globale en réseaux sans l'appui des politiques de déréglementation et de privatisation et sans la libéralisation du commerce et des investissements. Ces politiques ont été définies et mises en œuvre par des gouvernements et des institutions économiques internationales. (Castells, 2001, p. 188)

Si le caractère profondément politique du virage au néolibéralisme est évident pour la plupart des auteures et auteurs, il en va de même pour ses objectifs. Celui-ci vise pour l'essentiel non pas le retour à la croissance économique mais bien la restauration du taux de profit de la classe capitaliste et le renversement du rapport de force en sa faveur. Ainsi, selon Harvey la néolibéralisation est « a political project to re-establish the conditions for capital accumulation and to restore the power of economic elites. » (Harvey, 2005, p. 19) Plus précisément :

> Redistributive effects and increasing social inequalities have in fact been such a persistent feature of neoliberalization as to be regarded as structural to the whole project. Gérard Duménil and Dominique Lévy, after careful reconstruction of the data, have concluded that neoliberalization was from the very beginning a project to achieve the restoration of class power. (Harvey, 2005, p. 16)

Selon Panitch et Swartz :

> The post-war settlement sought to maintain capital's dominant position by establishing legal rights for organized labour to protect the workers' immediate material interests in a capitalist system. The new era's ideology reverses this earlier logic. It places the onus on labour to maintain capitalism as a viable economic system by acquiescing to capital's demand for the restriction or suspension of labour's previously recognized tights and freedoms, as well as sacrificing its immediate material interests. (Panitch et Swartz, 1984, p. 152)

De même, McNally considère que malgré ses justifications morales et ses prétentions à viser « la restauration de la bonne vieille éthique du travail », les objectifs du virage vers le néolibéralisme sont tout autre : « En réalité, il s'agissait là d'un programme de restauration pure et simple des profits des entreprises » (McNally, 2013, p. 59). Il insiste également sur le fait que ce virage et ses conséquences sont le fruit d'une volonté politique claire – et non le produit d'une évolution désincarnée :

> C'est l'attaque concertée contre le pouvoir organisé de la classe ouvrière qui a rendu possible de tels processus de compression, de réorganisation du travail et de rénovation technologique. Libéré des contraintes imposées par le pouvoir syndical, le capital a eu beau jeu de réduire les salaires réels, de se délester de

> travail, de se débarrasser des représentants syndicaux en usine, d'introduire la robotique, des systèmes de production informatisés et d'autres technologies, et d'accélérer et d'intensifier le processus de travail. (McNally, 2013, p. 92)

Selon lui, « [c]es processus jouèrent un rôle crucial dans la reprise soutenue des taux de profit après 1982. » (McNally, 2013, p. 93) *De ce point de vue* (c'est-à-dire du point de vue de la classe capitaliste), le virage néolibéral est donc un succès, malgré ses piètres performances pour restaurer des taux d'emplois et de croissance soutenus. En effet : « Neoliberalization has not been very effective in revitalizing global capital accumulation, but it has succeeded remarkably well in restoring, or in some instances (as in Russia and China) creating, the power of an economic elite ». (Harvey, 2005, p. 19) De même, alors que plusieurs économistes, comme Brenner, considèrent que « the golden age of capitalism ended some three decades ago and [that] we are living through an age of capitalism in crisis » (Gindin, 2000, p. 360), Gindin soutient plutôt que « from the perspective of capital the golden age is *now*. » (Gindin, 2000, p. 360)

Nous verrons maintenant que malgré certaines particularités, et comme pour les décennies précédentes, les grandes tendances dans l'évolution du rapport de force au niveau international et au Canada s'observent aussi au Québec.

9.2 Crise économique, offensive capitaliste et renversement du rapport de force au Québec (années 1970 et 1980)

9.2.1 Face aux menaces économiques et politiques, la classe capitaliste du Québec s'organise

9.2.1.1 Fondation du Conseil du patronat du Québec et appels à la mobilisation de la Chambre de commerce de la province de Québec (1963-1969)

Le 20 janvier 1969 est officiellement fondé le Conseil du patronat du Québec. Ainsi, il semble qu'à l'instar de la classe capitaliste états-unienne et canadienne, le milieu des

affaires de la province sent à partir de la fin des années 1960 le besoin de s'organiser politiquement. En fait, pour une fraction au moins du patronat québécois – et malgré l'existence depuis le début du XXe siècle de la Chambre de commerce de la province de Québec, qui fédère une multitude de chambres de commerce locales et régionales – ce besoin est ressenti beaucoup plus tôt puisque les premières démarches devant mener à la création du Conseil sont entamées dès 1963 (CPQ, [s. d.]).

Les motivations derrière cette initiative sont clairement exprimées par André Gagnon, alors président provisoire de l'organisation, lors de la première assemblée du futur CPQ en 1964. Malgré « l'existence [...] d'un nombre [...] considérable d'organismes patronaux » au Québec, les gens d'affaires à l'origine du projet de fondation d'un CPQ constatent un « défaut de cohésion entre les organisations patronales québécoises [qui] entraîne des conséquences extrêmement graves. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 2) Plus précisément : « Dans la discussion nécessaire des *objectifs prioritaires* de la province, il manque une voix : la voix patronale. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 2)[590] Autrement dit, il s'agit de susciter la création d'« une solidarité patronale *au niveau des politiques générales*. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 2)[591] Comme le fait remarquer Fodor (2013) en ce qui concerne la classe capitaliste états-unienne et canadienne, l'organisation politique du milieu des affaires québécois vise donc à dépasser les pressions exercées ponctuellement au sujet d'enjeux particuliers pour en arriver à influencer l'orientation générale de la province sur des enjeux globaux.

Tout indique que cette volonté de créer une nouvelle organisation patronale reflète la réaction d'une fraction « éclairée » du patronat québécois face au renforcement considérable de la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années d'après-guerre. En effet, il semble clair qu'une partie de la classe capitaliste du Québec est à ce moment très préoccupée d'une certaine perte d'influence sur l'évolution générale de la

[590] Souligné dans le texte.
[591] C'est nous qui soulignons.

société québécoise, en particulier en ce qui concerne la place et le rôle de l'État dans le domaine social :

> Depuis la fin de la guerre, le régime politique et social s'est modifié sous nos yeux, et souvent d'une manière absolument imprévue pour la grande majorité des chefs d'entreprise. Les organismes de l'état se sont dotés de moyens d'action et d'un personnel immensément accrus, afin de répondre aux besoins grandissants d'une population de plus en plus exigeante. Dans notre for intérieur, nous pouvons mettre en doute la sagesse de ces revendications, mais nos seules critiques individuelles ne peuvent rien changer à l'état des esprits. Nous pouvons déplorer que ce conditionnement se soit fait en l'absence de toute influence patronale organisée [...]. (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 2)

Plus encore, les initiatrices et les initiateurs du projet constatent que le « monde extrêmement mouvant, en pleine fermentation dans lequel nous sommes engagés » s'éloigne de l'entreprise privée et « qu'il ne se rejettera pas de lui-même dans les bras de l'entreprise privée, sans que celle-ci fasse un geste pour l'y attirer. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 3) Dans ce contexte, si le patronat « ne participe pas, par des interventions appropriées, à la discussion des affaires publiques et à l'élaboration des politiques générales dans les domaines économique, politique et social, son absence sera bientôt confirmée, et deviendra peut-être définitive. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 3)

Nous avons vu que de telles craintes, qui vont jusqu'à la peur d'une remise en question du capitalisme lui-même, seront aussi exprimée par la classe capitaliste des autres pays occidentaux à partir de la fin des années 1960. Il semble que la transition rapide qu'incarne au Québec la Révolution tranquille amorcée en 1960 contribuera à stimuler de manière précoce de telles craintes, du moins chez une partie du patronat québécois, qui compare d'ailleurs la Révolution tranquille à rien de moins que la Révolution française :

> Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que l'époque de transition par laquelle passe actuellement le Québec ressemble, à maints égards, à celle dans laquelle s'est déroulée la révolution française : prospérité relative comportant des îlots

> important de stagnation et de sous-développement ; centralisation des pouvoirs de l'état ; constitution d'un fonctionnarisme actif ; opposition des intellectuels et des masses populaires au régime traditionnel ; impuissance apparente des forces conservatrices à s'adapter aux nouvelles exigences du milieu. (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 4)

Et tout comme les PDG ayant participé aux rencontres du Conference Board en 1974-1975 (ainsi que comme la Commission trilatérale), la partie de la classe capitaliste qui milite en 1964 pour la fondation d'un Conseil du patronat au Québec entrevoit la fin possible non seulement du système capitaliste, mais aussi du régime démocratique. En effet, sans le développement d'une solidarité et d'une organisation patronale et devant la montée des « exigences populaires », les risques sont grands de voir advenir « ou bien une répression autoritaire, ou bien un renversement, progressif ou violent selon le cas, des institutions possédantes. » (Gagnon, 1964, 18 novembre, p. 4)

Si ces préoccupations et inquiétudes sont exprimées au Québec dès 1964 par une partie du patronat, il semble cependant que ce n'est qu'à la fin des années 1960 – et donc au moment où la radicalisation et la politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs commencent à faire sentir pleinement leurs effets – que le groupe ayant initié en 1963 les démarches visant à créer un Conseil du patronat parviendra à susciter l'adhésion (et notamment l'adhésion financière) d'une proportion significative du milieu des affaires québécois. En effet, encore en 1966 et 1967 :

> Le financement demeure la principale préoccupation des administrateurs du conseil [provisoire]. À l'été 1966, des représentants du CPQ rencontrent les présidents, ou vice-présidents, anglophones de quelques entreprises afin de susciter leur adhésion aux objectifs poursuivis par le CPQ et de solliciter éventuellement leur appui financier. Une rencontre semblable est organisée par la suite auprès des milieux francophones. (CPQ, [s. d.])

Cependant, à cette occasion, le conseil parvient surtout à obtenir « l'appui moral » de ces entreprises. Néanmoins, il est intéressant de souligner qu'au même moment, dans un éditorial intitulé « We need a counterbalance », le périodique officiel de la Chambre

de commerce de la province de Québec (CCPQ) appelle ses membres à financer davantage la Chambre pour faire contrepoids au pouvoir syndical, jugé beaucoup plus apte que le milieu des affaires à faire valoir ses revendications « socialistes » auprès des gouvernements. Les motivations de la CCPQ – étroitement liées aux gains sociaux qui ont marqués la Révolution tranquille et à la crainte d'une perte de pouvoir et d'influence – sont d'ailleurs très semblables à celles des initiatrices et des initiateurs du CPQ :

> During the past five years, Quebec has passed more far-reaching social legislation than it has passed during the past couple of centuries. [...] Unions generally initiate or at least associate themselves with socialistic measures. Today, labour through its network of unions is 'The Power'. (CCPQ, 1966, février).

Signe que les craintes d'un renversement du capitalisme lui-même sont de plus en plus partagées au sein de la communauté des affaires du Québec, on sent dans ce même numéro le besoin de se prémunir contre la menace socialiste. Dans un article intitulé « The Fiascos of Socialism », on souligne les échecs des pays communistes tout en s'inquiétant du fait que « [s]ocialism is being advocated in Canada and more particularly in the province of Quebec. » (CCPQ, 1966, février) Néanmoins, la création du CPQ devra attendre encore trois ans : ce n'est qu'à la fin de 1968 que « l'appui financier des entreprises est acquis et [que] l'existence du CPQ est assurée pour cinq ans. » (CPQ, [s. d.]) Le CPQ est officiellement fondé quelques semaines plus tard, alors que la Chambre de commerce multiplie elle aussi, au même moment, les appels à la mobilisation politique du milieu des affaires. En témoigne notamment le discours prononcé en 1969 par le président du Montreal Board of Trade à l'assemblée annuelle de son organisation. Après avoir vivement déploré les troubles sociaux et l'indiscipline de la jeune génération, il questionne ainsi les membres présentes et présents :

> how many of us here today have written to our elected representatives on matters involving [...] the public interest ? How many of us have bothered to join any political association, be it municipal, provincial or federal ? And equall [sic]

> important, how many of us have taken the trouble to commend public servants for their work ? Most of us, I am afraid, tend only to condemn. What I am really trying to say is, I suppose, that we have the kind of society we deserve [...]. So perhaps we would all do well to really get involved, to think a little less about the bankroll, the balance sheet, [...] and to think and do more for our City, for our province, and for our country. (CCPQ, 1969, juin)

Dans un discours prononcé quelque mois plus tard, le vice-président de la CCPQ va dans le même sens et appel le milieu des affaires à contrebalancer le pouvoir excessif exercer par les « minorités révolutionnaires » :

> Nous sommes chanceux de demeurer dans un milieu où nous possédons encore le pouvoir de contrôler nos gouvernements. Mais c'est un pouvoir qui n'est pas exercé d'une manière assez sérieuse par la plupart des gens – et, fait troublant, c'est un pouvoir qui est souvent utilisé avec force et avec efficacité par les minorités révolutionnaires. [...] Une condition essentielle de la liberté et la participation des gouvernés à l'élaboration des mesures nécessaires à leur bien-être. [...] Pour moi, l'une des tâches les plus importantes pour les Chambres de Commerce, c'est d'encourager la participation de tout le monde dans le processus démocratique. (CCPQ, 1969, novembre)

9.2.1.2 Généralisation des inquiétudes face à la menace (économique et politique) perçue (1969-1979)

À la fin des années 1960, les inquiétudes ressenties au début des années 1960 par une poignée de gens d'affaires ont donc déjà commencé à gagner une partie importante de la classe capitaliste québécoise. Mais alors que les préoccupations exprimées par Gagnon en 1964 traduisent surtout la crainte d'une perte d'influence (ou de pouvoir) politique, s'ajoute à partir de la fin des années 1960 une menace économique. En effet, les impacts de la baisse du taux de profit observée partout dans le monde occidental à partir du milieu des années 1960 se font sentir dans la province dès la fin de cette décennie, marquée entre 1967 et 1970 par un ralentissement économique, qui sera suivi en 1973-1974 d'une période de stagnation et, en 1974-1975, d'une récession (Kabore,

2014, p. 7). Comme ailleurs, les années 1970 sont aussi caractérisées par des taux de chômage et d'inflation élevés que les politiques économiques des gouvernements canadien et québécois ne parviennent pas à résorber :

> La situation se détériore au milieu des années 1970 [soit à partir de la récession de 1974-1975], sous l'effet de la stagnation économique et de l'inflation accélérée. Le taux de chômage atteint des sommets (9,3% en moyenne de 1974 à 1981 [alors que la moyenne était de 6,8% de 1962 à 1974]) au moment où l'inflation demeure forte. (Rouillard, 2004, p. 140)

Il ne fait aucun doute que cette situation est jugée fortement préoccupante par le milieu des affaires québécois. Lors d'une allocution prononcée par Claude Castonguay en 1972 devant la CCPQ, le ministre des Affaires sociales, bien conscient de ces inquiétudes, évoque d'ailleurs les « problèmes de reprise économique nord-américaine et canadienne » auxquels s'ajoutent les « [p]roblèmes sociaux d'un Québec en plein mouvance. » (CCPQ, 1972, octobre) Ces inquiétudes transparaissent aussi clairement dans le sondage bisannuel mené par le Conseil du patronat du Québec (CPQ) auprès de ses membres à partir de 1976. En effet, en janvier 1977, seules 1% des personnes sondées considèrent les conditions économiques comme « bonnes », 62% les jugent « passables » et 37% les perçoivent comme « mauvaises » (CPQ, 1981, 1er janvier). Le pessimisme est encore plus profond lors des deux sondages suivants : en juin 1977 et janvier 1978, 0% des participantes et des participants jugent les conditions économiques « bonnes », et les deux tiers les considèrent comme « mauvaises » (64% en juin 1977 et 68% en janvier 1978) (CPQ, 1981, 1er janvier).

Les inquiétudes de la classe capitaliste québécoise à l'égard de la situation économique s'expriment également dans les mémoires annuels soumis par la Chambre de commerce de la province de Québec (CCPQ) au gouvernement du Québec, dans lesquelles elle multiplie les demandes en faveur de politiques de relance économique et de stimulation des investissements. Ainsi, une partie complète du mémoire de juin 1973 est consacrée à des « Recommandations pour une stratégie de développement »

(CCPQ, 1973, p. 7-9). Le mémoire de mai 1975 déplore le fait que : « La principale caractéristique de l'économie du Québec en 1975 est l'incertitude. Elle anéantit la satisfaction qui devrait normalement découler de l'obtention d'un niveau de vie le plus élevé de l'histoire du Québec. » (CCPQ, 1975, p. 4) Dans son mémoire de juin 1976, la CCPQ offre au gouvernement sa « collaboration pour trouver les moyens d'accélérer la reprise qui tarde à se faire sentir. » (CCPQ, 1976, p. 17). De même, la CCPQ voit comme un « pas dans la bonne direction » (Action, vol. 4, no 4, avril 1977, p. 2) les mesures de relance économique contenue dans le premier budget Parizeau de 1977.

La dégradation de la situation économique à partir de la fin des années 1960 s'accompagne d'un approfondissement et d'une généralisation au sein du milieu des affaires des craintes – déjà exprimées par une partie au moins du patronat québécois à partir de 1963 – à l'égard d'une perte d'influence ou de pouvoir politique et, plus généralement, à l'égard de la menace que fait peser le « climat » socio-politique non seulement sur les intérêts immédiats de la classe capitaliste, mais aussi sur ses intérêts les plus fondamentaux (dont la préservation du système capitaliste lui-même). Durant les années 1970, ces craintes sont exprimées à de nombreuses reprises par les deux principales organisations du milieu des affaires québécois. De plus, elles sont clairement partagées par les entreprises elles-mêmes, comme le montrent les sondages bisannuels du CPQ ainsi qu'une vaste étude réalisée par la compagnie Fantus pour le gouvernement provincial en 1972 (Fantus, 1972)

Ainsi, dès février 1969, la CCPQ s'inquiète, comme « les dirigeants du monde entier », « des violentes contestations que l'on rencontre un peu partout dans le monde » et, dans ce contexte, elle sent le besoin de se porter à la défense « de notre système d'entreprise privée. » (CCPQ, 1969, février) En novembre de la même année, elle constate que la société québécoise est entrée dans « [l]'ère de la contestation » et que cette constatation s'attaque aux fondements mêmes du système capitaliste : en effet, les contestataires sont des « promoteurs de révolution [...] s'attaquent aux institutions plus qu'aux

hommes, aux fondements de l'autorité plus qu'à l'autorité mal exercée. Leur objectif est fondamentalement révolutionnaire : détruire. » Plusieurs de ces contestataires sont « convaincus que le système est mauvais et qu'il faut le changer » (CCPQ, 1969, novembre).

Les inquiétudes exprimées de manière récurrente par la CCPQ dans son périodique officiel durant les années subséquentes sont reprises de manière plus formelle dans les mémoires annuels de 1975 et 1976 présentés au gouvernement du Québec. L'introduction du mémoire de mai 1975 annonce que celui-ci se démarque des précédents en accordant une attention particulière non seulement aux conditions économiques, mais aussi à la « conjoncture sociale », jugée fortement préoccupante par la CCPQ :

> Or, nous percevons actuellement, au Québec, une situation qui se manifeste par la radicalisation des options, par l'affrontement systématisé des forces sociales en présence, par la primauté de l'égalité et de la sécurité sur la compétence, par la progression de la tolérance de l'illégalité délibérée et de la désobéissance civile, par l'expression de la non-confiance et par l'incertitude. (CCPQ, 1975, p. 3)

La CCPQ souligne également le caractère généralisé, et largement partagé, de ces craintes, qui dépassent les menaces pesant sur les intérêts à court ou moyen termes du milieu des affaires québécois :

> Nous avons observé chez nos membres des malaises qui débordent le seul cadre des incertitudes immédiates de l'économie. [...] Ajoutons immédiatement que cette situation n'est pas unique au Québec ou même au Canada [...]. Certes, la Chambre n'est pas la seule à exprimer son inquiétude face à cette situation [...]. (CCPQ, 1975, p. 4)

L'année suivante, la CCPQ consacre de nouveau « exceptionnellement » une partie importante de son mémoire annuel à « [l]a qualité de l'environnement socio-politique du Québec », et elle déplore encore une fois « la détérioration croissante de l'environnement socio-politique depuis les deux dernières années au Québec et

particulièrement au cours des douze derniers mois » (CCPQ, 1976, p. 4). Dans une lettre à ses membres envoyée en février de la même année, la CCPQ exprime aussi ses inquiétudes face aux nombreuses remises en question du système capitaliste. Elle y rappelle « que les pierres angulaires du développement au Québec et en Amérique du Nord sont *les libertés individuelles, la propriété privée, la libre compétition* et un *rôle limité pour l'État.* » Elle déplore « que pour plusieurs, les *espoirs* et les *ambitions* qu'ils *se sont habitués* à *entretenir* ne se *matérialisent* plus assez vite. De là, on fait vite le saut et on remet en cause le 'système'. » (CCPQ, 1976, février)

Cette dénonciation de la tendance populaire à nourrir des attentes trop élevés à l'égard du système est réitérée en avril : « il n'est pas surprenant que plusieurs remettent en cause 'le système'. Pas nécessairement parce que 'le système' ne leur a pas déjà apporté beaucoup, mais plutôt parce que les espoirs et les ambitions qu'ils se sont habitués à entretenir ne se matérialisent plus assez vite. » (CCPQ, 1976, avril) En juillet, la CCPQ dénonce de nouveau la « propension à créer des expectatives que l'on doit satisfaire immédiatement, à n'importe quel prix. Ce prix-là est toujours trop élevé. » (CCPQ, 1976, juillet) En septembre, on annonce que le congrès annuel de la CCPQ se tiendra sous le thème « Hommes d'affaires ?... CERTAINEMENT ! » et visera à raviver la fierté des hommes d'affaires, qui « finissent par attraper un sentiment de culpabilité non mérité face aux multiples attaques dont eux-mêmes et le système qu'ils incarnent sont l'objet. » (CCPQ, 1976, septembre)

Ces inquiétudes exprimées de manière répétées par la CCPQ dès la fin des années 1960 sont également partagées par le CPQ, qui tente lui aussi à partir du début des années 1970 de sensibiliser ses membres à la menace posée par les tendances socialistes et révolutionnaires au sein de la société québécoise (et plus particulièrement au sein du mouvement syndical). Ainsi, le numéro de janvier 1972 de son *Bulletin d'information* mensuel est en bonne partie consacrée à une analyse des divers documents d'orientation socialistes publiés au cours des derniers mois/années par les centrales syndicales. Le

CPQ souligne que ces documents « reflètent tous essentiellement la même pensée, celle de substituer au régime actuel un régime populaire. Pour ce faire, le régime actuel doit être 'cassé' : les documents font alors état des stratégies et des tactiques qui doivent être élaborées pour réaliser cette fin globale. » (CPQ, 1972, janvier) Sur un ton pour le moins alarmiste, le CPQ prévient ses membres que « [l]'année 1972, bien sûr, et peut-être bon nombre d'années à venir, sera marquée par le contenu idéologique de ces divers documents. » (CPQ, 1972, janvier)

Le CPQ souligne également que ces tendances révolutionnaires et socialistes ne peuvent plus être considérées comme marginales ; au contraire, elles sont clairement partagées par une partie importante des militantes et des militants syndicaux : « Il y a quelques années, lorsque l'on entendait certaines déclarations plus ou moins démagogiques, on pouvait peut-être les ignorer et les considérer non représentatives des leaders syndicaux. Ce n'est plus le cas aujourd'hui » (CPQ, 1972, janvier). Aux yeux du CPQ, ceci sera confirmé quelques mois plus tard par les prises de position des membres lors du congrès de la CSN : « Le congrès de juin de la [CSN] a décidé de combattre, de façon organisée, le système capitaliste, système qui lui apparaît la bête noire à abattre, et ce quelque puissent être les réalités socio-économiques actuelles. » (CPQ, 1972, juillet)

Le CPQ s'inquiète également du fait que, dans ce contexte, « l'homme d'affaires québécois [...], de plus en plus, se retrouve au centre d'une contestation (celle de l'entreprise et du régime) programmée souvent par les éléments les plus radicaux de notre société. » (CPQ, 1972, janvier) Afin de « contrer les efforts actuels de destruction de notre société » (CPQ, 1972, janvier), le CPQ fait un appel à la mobilisation – notamment financière – du patronat. Il dénonce de nouveau, en octobre, la « politisation syndicale » : durant les derniers mois, le patronat « a ressenti, comme la plupart des citoyens du Québec, une certaine angoisse devant l'escalade de la violence verbale des dirigeants de centrale. » (CPQ, 1972, octobre) La menace perçue par le CPQ est telle

qu'il publie, en octobre 1972, un manifeste visant à défendre le système capitaliste (CPQ, 1972). Intitulé *Détruire le système actuel ? C'est à y penser !*, le document est « édité à plus de 10 000 exemplaires [et] a connu, dès ses premières heures, une large diffusion. » (CPQ, 1972, novembre)

Les craintes de la partie la plus politisée et organisée de la classe capitaliste québécoise sont aussi partagées par une fraction importante des gens d'affaires de la province, comme le montre le Rapport Fantus (Fantus, 1972). Commandée par le gouvernement Bourassa auprès d'une compagnie états-unienne en vue d'évaluer les problèmes économiques du Québec, cette étude sera l'occasion de mener un vaste sondage auprès des entreprises québécoises, ontariennes et états-uniennes sur leur perception des conditions d'investissement au Québec :

> Fantus conducted a survey of the attitudes of manufacturers operating both inside and outside of the Province with respect to the Quebec business climate. Over 1000 questionnaires were sent to representative industrial employers in Quebec, Ontario, and the United States, and 277 responses were received. These were supplemented by a series of personal interviews. (Fantus, 1972, p. I-1)

Il ressort de cette étude qu'après les menaces posées par le nationalisme et les débats linguistiques, qui sont clairement la première source d'inquiétude et de mécontentement du milieu des affaires québécois (et étranger), le militantisme et la politisation du mouvement syndical constituent l'une de ses principales préoccupations : « As indicated by the results of the mail survey, the growing militancy of the leadership of major labor federations is a source of deep concern in the Quebec business community. » (Fantus, 1972, p. III-8) En effet, plusieurs entreprises sondées déplorent le radicalisme et la politisation des leaders syndicaux, et particulièrement de la CSN, ainsi que leur influence néfaste sur les simples travailleuses et travailleurs. Ainsi, on s'inquiète de la présence des « troublemakers » et du fait que les fédérations syndicales provinciales sont « very dangerous » et « politically active » (Fantus, 1972, p. II-3).

On est préoccupé par l'évolution des revendications syndicales qui, loin de se limiter à des demandes économiques, prennent aussi de plus ne plus une dimension politiques : « We are concern by trends in labour's demands at the economic level, in internal management and in politics. Political unrest has affected us [...]. Need a more pragmatic and business-like approach by union leaders. » (Fantus, 1972, p. II-18) On déplore que « [u]nion attitude, e.g. CNTU, appears to be one of viewing business as exploiters of the masses. They operate from position of total distrust, which makes meaningful dialogue difficult. » (Fantus, 1972, p. II-26) Une entreprise craint non seulement la politisation, mais aussi le pouvoir grandissant des syndicats : « Labor unions are becoming too powerful and too political. » (Fantus, 1972, p. II-20) Un autre va dans le même sens : « Union too strong in face of employer and government. » (p. II-28) Les orientations socialistes du mouvement syndical sont aussi une source d'inquiétude : « Union leadership is very socialistic. In this regard the union leaders are presently well ahead of the rank and file. The leaders are very militant and striving to develop socialistic attitudes among the members. » (Fantus, 1972, p. II-3)

Les craintes sont si fortes qu'une partie importante des entreprises sondées affirment regretter de s'être installées au Québec. Une grosse fonderie s'explique dans les termes suivants : « The ever-present danger of our unions being taken over par the CNTU, a radical and completely irresponsible group. [...] we live in fear of the future – particularly the provincial government and the CNTU. » (p. II-7) Une compagnie minière importante affirme elle aussi qu'elle se relocaliserait si elle le pouvait : « Mines cannot be relocated. For expansion, at equal opportunity, would consider expansion outside of Quebec, due to attitude of Messes. Pipin, Laberge, Chartrand, etc. Climate generated in Quebec by union leaders and other extremists. » (p. II-10)

De manière générale, on déplore « the social and political unrest » (p. II-15) qui caractérise la province. Plusieurs considèrent également qu'à cet égard, la situation est pire au Québec qu'ailleurs au Canada. Selon une grosse compagnie de matériel

hospitalier : « The social and political instability of the Province, in comparison to that in other areas of the country is disconcerting. » (Fantus, 1972, p. II-28) Dans le même ordre d'idée, une compagnie montréalaise importante affirme à propos des relations de travail au Québec : « This local is the toughest I have ever seen… In general, the attitudes of the union leadership are anti-compagny and anti-management. They are always looking for a fight. Political and social issues keep creeping into our negociations with the union… » (Fantus, 1972, p. III-9) Une autre compagnie importante, qui a des filiales dans l'ensemble du Canada, considère que la combativité des travailleuses et des travailleurs est forte partout, mais que la situation est plus inquiétante au Québec : « Union leadership in Quebec is becoming increasingly politically oriented. This is beginning to have some effect on the rank and file. The average worker is beginning to get disturbed by the things he is hearing from union leaders. » (Fantus, 1972, p. III-9)

Les sondages bisannuels conduits par le CPQ auprès de ses membres montrent que ces inquiétudes continueront d'être partagées par une partie importante du milieu des affaires québécois durant la plus grande partie des années 1970 (CPQ, 1981, janvier). Ainsi, jusqu'en 1979, le « climat pour l'entreprise » est jugé moins bon que dans le reste du Canada par l'écrasante majorité (souvent près de 90%) des participantes et des participants aux sondages. Encore une fois, les inquiétudes suscitées par le mouvement nationaliste jouent ici un rôle important, d'autant plus que le Parti québécois arrive au pouvoir en 1976. Jusqu'en 1979, le contexte politique est d'ailleurs considéré comme « mauvais » par plus des deux tiers des personnes interrogées (71% en juin 1977, 66% en janvier 1978, 78% en juin 1978). Cependant, il est aussi très clair qu'une bonne partie de ce mécontentement est lié aux craintes suscitées par le « climat social » qui prévaut au Québec. En effet, près de la moitié des répondantes et des répondants considèrent le climat social comme « mauvais » en 1977-1978 (44% en juin 1977 et 39% en janvier 1978). Si un peu plus de la moitié des personnes interrogées le

considèrent comme « passable » (51% en juin 1977 et 57% en janvier 1978), très peu d'entre elles le trouvent « bon » (5% en juin 1977 et 4% en janvier 1978).

Les commentaires des participantes et des participants au sondage de juillet 1976 concernant la productivité des travailleuses et des travailleurs sont aussi révélateurs des préoccupations du patronat de l'époque, très semblables à celles exprimées en 1972 lors de l'enquête menée par Fantus. Quelqu'un déplore les arrêts de travail trop fréquents : « Trop d'arrêts de travail – Trop de gens se sont donné la mission de faire accepter par le travailleur que ses droits passent avant tout – Résultats : tout le monde s'occupe de protéger ses droits acquis et personne ne pense à travailler. » (CPQ, 1976, juillet) Une autre personne dénonce la radicalisation non seulement des militantes et des militants syndicaux, mais aussi de l'ensemble des travailleuses et des travailleurs :

> Le travailleur, tout comme le syndicalisme, a vu dans la baisse de la productivité un outil de pression idéal pour le règlement de conventions collectives. Se sentant protégée par les syndicats, la masse des travailleurs a suivi l'exemple des mauvaises têtes et s'est radicalisée. (CPQ, 1976, juillet)

Surtout, plusieurs répondantes et répondants s'étonnent que *l'amélioration substantielle des salaires et des conditions de travail au Québec ne contribue pas à apaiser le militantisme et les revendications des travailleuses et des travailleurs, ni à freiner la détérioration des conditions économiques* : « Malgré des conditions de travail supérieures à celles qui existent présentement aux U.S.A., la productivité de la main-d'œuvre québécoise décroit sans cesse. Le malaise social qui existe toujours ne semble pas se régler par des salaires élevés. » (CPQ, 1976, juillet) Fait intéressant, la Chambre de commerce pose un diagnostic identique dans son mémoire annuel de mai 1975 :

> Le Canada et le Québec voient leur taux d'augmentation de la productivité s'amenuiser constamment pour atteindre en 1974 l'avant-dernier rang des pays de l'OCDE, juste avant l'Italie. Simultanément, le rythme d'augmentation de la moyenne de nos salaires est le double de celui des États-Unis ; il en va de même

> pour le nombre jours/hommes perdus dans les conflits de travail, qui est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. (CCPQ, 1975, p. 5)

Une participante ou un participant à l'enquête du CPQ établit un lien clair entre ces tendances et la baisse de profit des entreprises : « There has been little change in productivity during this period of escalading wage costs. Consequently, unit costs have spiraled and are reflecting themselves in decreased company profits. » (CPQ, 1976, juillet) Pour certaines des personnes ayant participé au sondage, ces piètres performance de la productivité des travailleuses et des travailleurs s'explique justement par la croissance importante et continue des salaires, qui nuit à l'incitation au travail et à la discipline des travailleuses et des travailleurs : « It is apparent that with wages increasing faster that the cost of living, many workers are satisfied to work less, especially where incentive is a factor. » (CPQ, 1976, juillet) De même : « As wages increase, the worker appears to acquire more non essentiel [sic] income which results in absenteeism, turnover and non productive attitudes. » (CPQ, 1976, juillet)

Si la croissance des salaires ne contribue pas à l'amélioration des conditions économiques ni du climat social, la Chambre de commerce s'inquiète quant à elle également du fait qu'inversement, *la détérioration des conditions économiques ne conduise pas non plus à une diminution significative de la croissance des salaires ni à un assouplissement des revendications syndicales*. En effet, dans son mémoire annuel de 1976, la CCPQ constate que « quelles que soient les conditions économiques, elles ne semblent plus avoir aucun effet à la baisse sur les salaires », alors qu'« on pourrait supposer qu'en forte période de chômage, les salaires connaîtraient un rythme très peu élevé d'accroissement. » (CCPQ, 1976, p. 11) La Chambre déplore ainsi que, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, et malgré le taux de chômage élevé, les syndicats du Québec refusent de « négocier librement » des diminutions de salaires en échange de la préservation des emplois ; selon elle, de telles ententes sont « chose inconnue ici. » (CCPQ, 1976, p. 11) Et on s'étonne du fait que « [p]ourtant, les taux de

chômages dans [deux régions des États-Unis où se sont produits de tels reculs] ne sont pas significativement différents de ceux du Québec. » (CCPQ, 1976, p. 12)

Du point de vue de la CCPQ – et aussi, sans aucun doute, d'une partie importante de la classe capitaliste québécoise –, c'est la conjugaison de deux facteurs principaux qui explique ces distorsions, à savoir d'une part un système de sécurité social trop généreux, et d'autre part un mouvement syndical beaucoup trop puissant : « Serait-ce que l'accumulation de nos mesures sociales soutenant le revenu et du contrôle des syndicats ouvriers sur l'emploi a soustrait les salaires du jeu de l'offre et de la demande ? » (CCPQ, 1976, p. 12) Autrement dit, c'est en bonne partie le cadre institutionnel des années d'après-guerre – caractérisé notamment par la consolidation de ce qu'il est convenu d'appeler l'État-providence ainsi que par des droits syndicaux étendus – qui est ici mis en cause[592].

Comme nous le verrons maintenant, ce sont ces deux « problèmes » identifiés par le milieu des affaires québécois – soit l'ampleur des mesures de sécurité sociale et la force du mouvement syndical – qui seront au cœur de l'offensive idéologique et politique qu'il mène à partir du début des années 1970. De manière cohérente avec le fait que la menace perçue par la classe capitaliste est au moins autant politique qu'économique, nous verrons également que cette offensive n'est pas uniquement guidée par des considérations économiques, mais aussi par un objectif politique clair : rétablir la discipline chez les travailleuses et les travailleurs.

[592] En ce qui concerne le troisième volet de ce cadre insitutionnel, nous verrons plus loin que le milieu des affaires québécois continuera dans un premier temps (du moins officiellement) de défendre l'objectif du plein-emploi, voire même d'en faire une priorité. Ce n'est qu'à la fin des années 1970 qu'il se prononcera ouvertement en faveur d'une politique économique centrée sur la lutte contre l'inflation.

9.2.2 Années 1970 : L'offensive de la classe (et de l'État) capitaliste québécois pour rétablir la « discipline » des travailleuses et des travailleurs : assaut sur les syndicats du secteur public et sur les dépenses sociales de l'État

9.2.2.1 Appels à la discipline et à l'autorité de l'État

Les appels du milieu des affaires québécois en faveur d'une restauration de la « discipline » sont déjà pressants à la fin des années 1960, clairement stimulés par la vague de contestation qui rejoint le mouvement étudiant du Québec en 1968-1969, mais aussi par la politisation et le militantisme grandissants du mouvement syndical (voir *supra*, chapitre 7). Dans ce contexte, si on ne va pas, comme aux États-Unis et ailleurs, jusqu'à remettre ouvertement en question le système démocratique, on plaide pour un retour à la discipline et à l'autorité, et notamment à l'autorité de l'État.

Une chronique publiée en 1969 dans le périodique officiel de la CCPQ et intitulée « Student unrest » illustre le niveau d'inquiétude (voire même de paranoïa) auquel parvient alors la classe capitaliste du Québec. On y suggère que la vague de contestation étudiante qui frappe le monde occidental est soutenue par divers moyens, notamment financiers, par les pays communistes. Et après avoir rappelé que les pays communistes ne tolèrent pas la contestation et mettent les protestataires en prison, on va jusqu'à envisager de s'inspirer de ces dictatures et d'infliger aux étudiantes et aux étudiants le même traitement autoritaire : « Perhaps our only solution is to apply the same dissuasion as the communist countries use so successfully, and if we are pushed far enough, who knows… ? » (CCPQ, 1969, mars)

De manière plus générale, on insiste quelques semaines plus tard sur l'importance pour l'ensemble de la société québécoise de « se discipliner ». On déplore en effet que suite à « la révolution tranquille des années 60 », qui « a amené cette période de contestation », les gouvernements (trop de dépenses), les citoyennes et les citoyens (trop de demandes envers les gouvernements), les syndicats (trop de grèves) et le

mouvement étudiant (trop de grèves) manquent de discipline. On conclut donc qu'« une bonne dose d'autodiscipline s'impose. » (CCPQ, 1969, juin) On dénonce également ailleurs dans ce même numéro le manque de « self-restraint and self-discipline [...] that seems to have touched or threatened every aspect of our way of life », mais qui affecte particulièrement les extrémistes politiques, les syndicats et les étudiantes et les étudiants. Autrement dit, « the distemper of our times » est causé par « a lack of inner or social discipline. » (CCPQ, 1969, juin) Dans ce contexte, la société québécoise a clairement « besoin de l'autorité », parce qu'il faut « que quelqu'un mène... et c'est tout. » (CCPQ, novembre, 1969)

Considérant ces prises de positions, il n'est pas surprenant que, malgré leur libéralisme affiché, tant la CCPQ que le CPQ aient appuyé la gestion de la crise d'octobre par le gouvernement du Québec, incluant le recourt à la *Loi sur les mesures de guerre* tant décriée par les mouvements syndical et populaire (CCPQ, 1970, décembre ; CPQ, 1970, novembre). Ainsi, le CPQ n'a pas hésité à « accorder son plein appui au gouvernement du Québec quant aux décisions difficiles qu'il a alors été appelé à prendre » (CPQ, 1970, novembre). La Chambre souligne quant à elle avoir « manifesté son appui aux autorités gouvernementales à trois occasions différentes » (CCPQ, 1970, décembre) durant la crise. Notamment, elle a fait parvenir une lettre de soutien à plusieurs membres du gouvernement au moment de la mise en vigueur de la *Loi sur les mesures de guerre*, dans laquelle elle défendait la « lutte vigoureuse que nous devons mener pour maintenir chez nous l'ordre, la paix et la démocratie » (CCPQ, 1970, décembre), même si cela doit se faire au prix d'une restriction momentanée des droits et libertés fondamentaux : « Cette lutte nous demande de renoncer momentanément à certaines libertés, mais nous croyons que l'action gouvernementale était nécessaire pour l'intérêt supérieur de la population dans les circonstances. » (CCPQ, 1970, décembre)

Ces appels à la discipline et à l'autorité correspondent également aux préoccupations exprimées par le milieu des affaires québécois lors de l'enquête menée par Fantus. En effet, lorsqu'interrogées sur les moyens d'améliorer les conditions d'investissement au Québec, plusieurs dirigeantes et dirigeant d'entreprises évoquent une répression accrue à l'égard des mouvements politiques « extrémistes » ainsi que (et même surtout) à l'égard du mouvement syndical. En fait, on souhaite rien de moins que l'« [e]limination of political unrest ». (Fantus, 1972, p. II-23) Selon une répondante ou un répondant, le Québec a besoin de « [b]etter control on extremist movements. » (Fantus, 1972, p. II-22). En ce qui concerne plus spécifiquement le mouvement syndical, on affirme que « stricter law enforcement to insure respect for authority appears to be highly necessary. [...] See CSN-FTQ Manifesto. » (Fantus, 1972, p. II-27) On soutient également que « [a] tougher attitude by the government towards solving labour problems would ease the situation » (Fantus, 1972, p. II-30). À partir de son expérience – son entreprise a été confronté à une longue grève illégale – une autre personne considère que

> [t]he Government must take a firmer stand with the Union element in Quebec. [...] Suffered two months illegal strike. Laws have little teeth in them ; unions successfully ignored them. *During illegal strike we wrote Minister of Industry and Commerce without success.* (Fantus, 1972, p. II-25)

Bien sûr, pour faire face au durcissement croissant des positions et des stratégies syndicales ainsi qu'aux problèmes économiques persistants, le milieu des affaires dispose au Québec comme ailleurs de ses propres moyens et, durant les années 1970, il hésite d'ailleurs de moins en moins à en user, comme l'admet ouvertement le CPQ :

> C'est un fait qu'au Québec de plus en plus d'employeurs recourent aux lock-out, évitant ainsi de subir les effets des baisses de productivité initiées par leurs employés. [...] il faudra que le syndicalisme réalise dorénavant que les employeurs sont de moins en moins prêts à faire les frais de certaines stratégies syndicales. [...] bon nombre d'employeurs ont accepté, dans le passé, de fermer les yeux sur certaines tactiques syndicales [...] Un revirement se dessine cependant, et avec raison. [...] en l'absence de réactions patronales fermes, tout

> semble permis au syndicalisme qui multiplie alors les gestes souvent les plus outranciers. C'est à l'intérieur de ce cadre plus global qu'il faut alors situer les lock-out de plus en plus nombreux des derniers mois. Répression ? Sûrement pas. Durcissement ? Peut-être, mais pleinement justifié. (CPQ, 1976, juillet)

Et de fait, selon Favreau, à partir du milieu des années 1970 :

> le patronat entend bien dégager de nouvelles pistes de sortie de crise, en repensant l'organisation du travail [...] et en durcissant ses politiques de négociation. La menace de licenciements massifs, le haut taux de chômage n'ont rien pour rassurer les travailleurs et les travailleuses. (Favreau, 1989, p. 26-27)

Comme dans le reste du monde occidental, ces stratégies s'avèrent toutefois insuffisantes. On a vu que la CCPQ et d'autres intervenantes et intervenants du milieu des affaires se plaignent du fait que rien, pas même la dégradation des conditions économiques et la montée du taux de chômage, ne semble pouvoir enrayer la progression des salaires (ni d'ailleurs la radicalisation et la politisation des mouvements syndical et populaire). Rappelons en effet que les travailleuses et les travailleurs québécois continuent de faire des gains salariaux et sociaux importants tout au long des années 1970 (voir *supra*, chapitre 7). Une offensive politique et idéologique plus large s'avère donc nécessaire et, au Québec comme ailleurs, le milieu des affaires s'attaque durant les années 1970 aux mesures sociales et à la force du mouvement syndical, jugés responsables du manque de « discipline » des travailleuses et des travailleurs, et donc de la persistance des problèmes économiques (et politiques) auxquels est confrontée la classe capitaliste. Nous verrons d'ailleurs que ce double assaut sera ponctué durant toutes les années 1970 d'appels répétés à la discipline, à l'ordre et à l'autorité de l'État.

Précisons ici que l'offensive contre le mouvement syndical semble prendre au Québec une forme particulière[593]. Nous avons vu au chapitre 7 qu'à partir du début des années 1960, les travailleuses et les travailleurs du secteur public se retrouvent à l'avant-garde de la lutte syndicale au Québec, mais aussi au Canada et en Amérique du Nord : non

[593] Des analyses comparatives seraient nécessaires pour vérifier cela.

seulement les gains salariaux spectaculaires des employées et employés de l'État ont pour effet que le secteur public devient à cet égard la locomotive du secteur privé, mais les négociations en front commun contribuent plus largement à la politisation des relations de travail, considérée comme on a pu le constater comme un problème majeur par une partie importante du milieu des affaires québécois. Nous verrons en fait que le militantisme et la combativité des travailleuses et des travailleurs du secteur public sera rapidement perçue par la classe capitaliste comme une des sources principales du climat social qui, de son point de vue, nuit à la santé économique de la province. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que ses attaques contre le mouvement syndical se concentreront au Québec en bonne partie sur le mouvement syndical *dans le secteur public*.

Ici, une remarque importante s'impose, qui est déterminante pour la suite de la démonstration : considérant la forme que prend l'offensive de la classe capitaliste au Québec, *le domaine des affaires sociales se retrouve au cœur de cette offensive*. Nous verrons en effet, comme cela a déjà été mentionné, qu'elle se déploie sur deux volets : 1) un assaut contre le mouvement syndical du secteur public (et en particulier dans le domaine de la santé et du bien-être) ; 2) un assaut contre les dépenses sociales de l'État (et en particulier contre les dépenses de santé et de bien-être social). Sans anticiper, on peut déjà souligner que ceci est susceptible d'avoir joué un rôle significatif dans la remise en question du modèle des CLSC qui s'amorce au milieu des années 1970.

9.2.2.2 Assaut contre les syndicats du secteur public

Une des motivations derrière l'offensive menée par le milieu des affaires contre les syndicats du secteur public durant les années 1970 est principalement économique. Le patronat craint en effet les effets d'entraînement sur le secteur privé des gains

syndicaux (tant sur le plan des salaires que des conditions de travail) dans le secteur public. Ainsi, le CPQ réclame en 1971 « d'être présent lors de la négociation cette fois des principes de la politique salariale gouvernementale », arguant que « [l]e secteur privé est directement concerné par les éléments et les incidences de cette politique » (CPQ, 1971, avril). Quelques semaines plus tard, il soumet au gouvernement son point de vue « sur les principes qui doivent guider la politique salariale dans les secteurs publics et para-publics » (CPQ, 1971, juin), qui est très clair : le CPQ « affirme qu'il serait moralement indéfendable que L'État et ses diverses agences exercent un leadership en matières de salaires et d'avantages d'appoint, à même les taxes payées par tous les contribuables. » (CPQ, 1971, juin)

Cette position sera répétée par le CPQ tout au long des années 1970. Durant la ronde de négociation de 1975, le CPQ intervient publiquement pour demander que « les employés du secteur public apprennent à vivre selon les moyens des payeurs de taxes » (CPQ, 1975, juin) et pour demander « expressément au gouvernement [...] de se doter d'une réelle politique salariale, conforme à ce qui se pratique couramment dans le secteur privé » (CPQ, 1975, juin). Fait intéressant, il semble que la situation dans le domaine des Affaires sociales – et la combativité de la Fédération des Affaires sociales (FAS-CSN) – sont jugées particulièrement préoccupantes puisque le CPQ publie en mai 1975 une longue analyse des revendications de la CSN, et plus spécifiquement de la FAS, auxquelles il répond de manière systématique (*La Presse*, 1975, 20 mai). En octobre 1975, le CPQ rapporte qu'il « est une fois de plus revenu sur le problème des prochaines négociations dans le secteur public » (CPQ, 1975, octobre). Réitérant qu'« il est immoral de vouloir faire de l'État le meilleur employeur car il ne subit pas le défi de la concurrence », le CPQ se dit particulièrement outré de l'attitude des syndicats du secteur public à ce sujet :

> Les syndicats ne se cachent même plus que leur seul souci est d'arracher aux gouvernements, grâce à des épreuves de force politiques, des conditions de salaire particulièrement généreuses et de *permettre ainsi aux employés du secteur*

> *privé de revendiquer des conditions tout aussi généreuses*. C'est pour cette dernière raison notamment que la bataille du secteur public sera aussi, qu'on le veuille ou non, celle du secteur privé. Le CPQ compte bien continuer de suivre cette ronde de négociations avec vigilance… (CPQ, 1975, octobre)[594]

Afin de documenter les écarts de salaires entre les secteurs public et privé, le CPQ recommande d'ailleurs à partir de 1974 « la mise sur pied d'un 'Pay Research Bureau' québécois, afin de préparer la prochaine négociation dans les secteurs publics et para-public. » (CPQ, 1974, août-septembre). Il peut compter en cela sur l'appui de la CCPQ, qui revendique également depuis 1973 « [l]a création d'un service de recherche associé à la régie […] aux fins de l'informer adéquatement sur les conditions de travail dans les services publics et dans le secteur privé au Québec, au Canada et à l'étranger. » (CCPQ, 1973, p. 12)[595]

Les considérations économiques ne sont cependant pas les seules à motiver l'offensive du milieu des affaires contre les syndicats du secteur public. En effet, celui-ci voit aussi clairement comme une menace *politique* le militantisme et la combativité grandissante des travailleuses et des travailleurs de ce secteur. En fait, les documents de l'époque démontrent sans équivoque qu'une panique grandissante s'empare de la classe capitaliste du Québec, qui voit dans la multiplication des grèves illégales et des manifestations de désobéissance civile – qui sont nombreuses aussi dans le secteur privé mais qui, par leur nature et leur ampleur, sont beaucoup plus médiatisées et politisées dans le secteur public – une certaine perte de contrôle de la part de l'État.

Ainsi, dès la fin des années 1960, la combativité des travailleuses et des travailleurs des secteurs public et parapublic est jugée tellement préoccupante par la CCPQ que son

---

[594] Souligné dans le texte.

[595] Cet appel ne sera finalement entendu qu'en 1985 : « En 1985, le gouvernement péquiste a préparé la table de la prochaine ronde de négociations […]. Pour le guider dans cette tâche et informer l'opinion publique, il crée également l'Institut de recherches et d'informations sur la rémunération (IRIR), chargé de comparer la rémunération des employés de l'État avec celle du secteur privé. » (Rouillard, 2004, p. 251)

assemblée générale de 1968 mandate le Comité sur les relations patronales-ouvrières d'orienter « ses travaux presque exclusivement sur 'la recherche de solutions aux problèmes que posent les grèves dans les services publics' » (CCPQ, 1970, octobre). De même, dans son mémoire annuel de 1973, la section sur les relations de travail *est entièrement consacrée au secteur public*. La CCPQ s'y inquiète grandement des « difficultés dans le domaine des relations de travail dans le secteur public ». (CCPQ, 1973, p. 10) C'est toutefois en 1975-1976 que l'inquiétude du milieu des affaires atteint son sommet, en même temps d'ailleurs, rappelons-le, que le nombre de jours de travail perdus en conflits de travail, qui fracasse en 1976 tous les records en s'établissant à six millions et demi au Québec seulement (Rouillard, 2004, p. 206 ; voir aussi *supra*, chapitre 7). En fait, on peut dire qu'une véritable panique s'empare à ce moment de la classe capitaliste québécoise.

Au printemps 1975, alors que se déroulent les négociations dans le secteur public, le président de la Chambre déclare « que le vent qui souffle présentement au Québec et au Canada, emporte avec lui le respect de l'autorité et engendre le désordre. 'Nous avons de plus en plus la soif de l'ordre et nous avons besoin de plus en plus de leadership'. » (CCPQ, 1975, avril) Il déplore le manque de fermeté des gouvernements à l'égard des grèves illégales dans le secteur public, rappelant qu'« il a même fallu récemment qu'un juge rappelle à un ministre du gouvernement du Québec que c'était lui et son gouvernement qui avaient la responsabilité de faire respecter la loi. » (CCPQ, 1975, avril) Alarmé, il considère que

> nous sommes actuellement à un carrefour économique et social extrêmement dangereux. 'La loi, l'engagement moral, les contrats, la bonne foi, sont de moins en moins respectés et il me semble que ceux qui détiennent l'autorité, adoptent devant ce phénomène social une laxité inacceptable.' (CCPQ, 1975, avril)

Le mois suivant, la CCPQ revient à la charge dans son mémoire annuel, dans lequel elle « critique sévèrement le gouvernement du Québec » (CCPQ, 1975, juin). Plus précisément, elle y déplore le

> manque d'autorité de la part d'hommes politiques au Québec. Citant des exemples, comme l'aveu public de l'impuissance du gouvernement à faire respecter certaines lois au Québec, la mise en œuvre de programmes d'envergure sans en connaître les coûts et les conséquences à moyen et long terme ; le laisser-faire devant les grèves illégales (CCPQ, 1975, juin)

Concernant plus spécifiquement ce dernier point, le mémoire constate que « [l]es conflits de travail sont très en vedette dans l'actualité » (CCPQ, 1975, p. 7) et dénonce particulièrement les grèves illégales affectant le secteur public :

> il est aussi survenu, ces derniers mois, trop de conflits qui ont pris des tournures illégales. Nous déplorons la facilité de plus en plus grande avec laquelle ces conflits se sont engagés impunément dans l'illégalité. Les services publics essentiels à la collectivité sont les plus touchés par ce genre d'actions [...]. L'importance et la fréquence des grèves illégales dont nous sommes témoins ces derniers temps créent un climat malsain dans les relations de travail. » (CCPQ, 1975, p. 7)

Aussi alarmé que la Chambre de commerce, le président du Conseil du patronat déclare à l'automne 1975 : « si l'État ne met pas un terme au militantisme syndical dans les services publics, le Québec court à la catastrophe. » (CPQ, 1975, octobre) Or, ces craintes ne s'apaisent pas durant les mois suivants. Ainsi, dans son mémoire annuel de 1976, la CCPQ constatent que « [l]es présentes négociations dans les secteurs publics et para-publics ont été les plus ardues qu'ait jamais connues le Québec et ont contribué à la détérioration de l'environnement. » (CCPQ, 1976, p. 6) Elle ajoute que « [l]es manifestations de désobéissance civile dont le Québec a été témoin au cours des derniers mois nous ont causé de vives inquiétudes et ont largement contribué à accentué le climat de crise sociale que nous connaissons. Nous ne pouvons accepter la désobéissance civile comme moyen de pression » (CCPQ, 1976, p. 6) Ceci est d'ailleurs clairement affirmé par les membres de la CCPQ lors de son assemblée annuelle de 1976, qui témoigne d'une inquiétude particulière à l'égard du militantisme syndical dans les domaines de la santé et de l'éducation :

> Suite à la vague de désobéissance civile en rapport avec les lois 253 et 23 (concernant les services essentiels de santé et les services d'éducation), la Chambre de Commerce du Québec, lors de son assemblée du 15 avril, a unanimement résolu d'inviter toute la population à réfléchir sur l'importance du respect de la loi pour le maintien et la survie de nos libertés dans la société. (CCPQ, 1976, mai)

Que le milieu des affaires du Québec soit particulièrement préoccupé du militantisme qui prévaut dans les domaines de la santé et de l'éducation – déjà perceptible dans le fait que le CPQ porte à la même époque un intérêt spécial aux revendications de la FAS – est aussi visible dans l'appel du vice-président de la CCPQ à « [d]évelopper une discipline conséquente de la responsabilité personnelle » dans ces deux domaines, et plus encore dans celui de la santé. Dans une allocution au congrès de l'ADEP, il déplore en effet que

> 'dans des domaines comme l'éducation ou la santé et dans ce dernier surtout, l'on passe plus de temps, qu'il s'agisse des employeurs ou des employés, à établir des rapports de force, à manœuvrer pour s'affronter ou pour éviter l'affrontement que l'on en consacre soit à l'éducation de l'élève ou encore aux soins des patients.' [...] Plus loin, il a décrit ce qu'il a identifié comme un véritable phénomène social, 'cette lutte de groupe plaçant l'illégalité au-dessus de la responsabilité personnelle'... 'qui nous rapproche, d'étape en étape, d'une condition que l'on aurait qualifié d'anarchie...' (CCPQ, 1974, décembre)

Quoiqu'il en soit, avec les résolutions adoptées au congrès de 1976, c'est une véritable « campagne [...] pour le respect de la loi » que mène alors la CCPQ, comme le rappelle le président de l'organisation dans une allocution sur les relations de travail au Québec présentée peu après devant le congrès des relations industrielles de l'Université Laval. À cette occasion, il réitère les graves dangers que posent la désobéissance civile : « S'il fallait que des batailles d'intérêt commencent à être gagnées dans notre société par la désobéissance civile, c'est le commencement de la fin pour toutes nos libertés et pour toutes [sic] légitimité gouvernementale » (CCPQ, 1975, mai). Il déplore également lors de cette allocution la politisation des syndicats québécois – et en particulier des syndicats du secteur public :

> l'engagement idéologique et politique qui domine constamment la dialectique des interventions des chefs syndicaux. [...] Ces attitudes nuisent considérablement au règlement des conflits, particulièrement dans le secteur public. Il n'est plus possible souvent, de dissocier la négociation d'une convention collective d'un affrontement politique. (CCPQ, 1976, mai).

Face à cette situation, les campagnes de sensibilisation de la population québécoise ne sont toutefois pas jugées suffisantes par le milieu des affaires qui plaide plutôt, comme on a pu l'entrevoir, pour un durcissement des stratégies et un renforcement de l'autorité de l'État à l'égard des travailleuses et des travailleurs du secteur public. En fait, suite aux résolutions adoptées en assemblée générale, la Chambre de commerce plaide dès 1968 pour « l'élimination du droit de grève dans la fonction publique ou son exercice légal pour une période maximum de 24 heures. » (CCPQ, 1970, octobre) Étrangement toutefois, la CCPQ défend dans son mémoire annuel de 1970 une position beaucoup moins tranchée :

> L'usage qui a été fait jusqu'ici du droit de grève dans les services publics nous inquiète. [...] l'espoir de l'usage d'un tel droit d'une manière raisonnable n'était pas très bien fondé. Nous recherchons présentement des formules qui pourraient atténuer les effets de telles grèves où en rendre la pratique plus difficile. (CCPQ, 1970, p. 7)

Néanmoins, cette hésitation à revendiquer carrément la suppression du droit de grève dans le secteur public ne provient pas d'un apaisement des inquiétudes de la Chambre. Au contraire, tout indique que la CCPQ est désormais de plus en plus consciente du rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs et que, dans ce contexte, elle choisit de faire preuve d'un certain pragmatisme : « Il semble même peu probable que le législateur retire ce droit de grève dans le contexte où nous vivons » (CCPQ, 1970, octobre). Ceci est exprimé encore plus clairement en 1976, alors que la CCPQ explique ainsi son choix de ne pas se positionner en faveur d'une interdiction complète du droit de grève dans le secteur public :

> Un retour à l'interdiction généralisée du droit de grève dans les services publics ne règlerait pas grand-chose, compte-tenu du type de syndicalisme que nous avons chez-nous. [...] il serait illusoire de croire dans notre contexte syndical que même en décrétant la grève illégale, on réussisse à éliminer des débrayages et des harcellements [sic] qui pourraient avoir des effets tout aussi négatifs sur les services essentiels. (CCPQ, 1976, mai)

Dans ce contexte, la CCPQ se résigne donc plutôt à plaider pour diverses réformes visant à encadrer plus étroitement le droit de grève dans les services publiques et à réprimer de manière plus sévère les grèves illégales. Ainsi, elle en est réduite, dans son mémoire de 1970, à demander « [l]'application des sanctions déjà prévues au Code du Travail » en cas de grèves illégales, ce qui ne l'empêche pas de revendiquer la création de nouvelles sanctions telles que :

> a) la décertification de l'unité de négociation ; b) la saisie de la caisse syndicale ; c) la création d'une obligation pour les responsables du syndicat ouvrier d'empêcher et de mettre fin à toute grève illégale ; d) la perte du statut d'employé pour tout travailleur qui participe à une grève illégale ; une augmentation des amendes prévues au Code du Travail. (CCPQ, 1970, octobre)

Elle adopte également une série de propositions et de recommandations à son congrès de 1970 « [e]n vue de conditionner et d'atténuer les effets du droit de grève dans les services publics », dont : « [l]a création par le gouvernement d'une régie ayant juridiction exclusive sur les conflits de travail dans les services publics, cette régie pouvant facultativement rendre une décision exécutoire ou faire des recommandations aux parties en fonction de la preuve » (CCPQ, 1972, mai) ; ainsi que : « [u]n amendement à l'article 99 du Code du Travail visant [...] à interdire la grève dans tout service public à moins que les services essentiels et la façon de les maintenir ne soient déterminés par entente préalable entre les parties ou par décision de la régie » (CCPQ, 1972, mai) L'ensemble de ces demandes seront par la suite réitérées à plusieurs reprises par la CCPQ (CCPQ, 1972, mai ; CCPQ, 1973, p. 10-12)

Considérant ces positions, il n'est pas surprenant que la CCPQ n'hésite pas à approuver la loi de 1972 forçant le retour au travail du front commun dans le secteur public : « La Chambre reconnait que la situation qui prévalait tant sur le plan des négociations que sur le plan du fonctionnement des services essentiels justifiait le gouvernement d'adopter une loi du retour au travail. » (CCPQ, 1972, mai) Il est intéressant de souligner le contraste entre cette réaction et celle de la Chambre, deux ans plus tôt, face à la loi forçant le retour au travail des médecins spécialistes qui, rappelons-le, mènent alors une grève en pleine crise d'octobre pour bloquer l'adoption de la *Loi sur l'assurance-maladie :* non seulement la CCPQ défend-elle presque intégralement le point de vue des médecins spécialistes face au programme d'assurance-maladie, mais elle condamne aussi vigoureusement la loi obligeant les médecins à cesser leur grève : « Cette législation constitue une conscription sans précédent d'une profession dans la province de Québec et l'on peut d'ores et déjà se demander quelles professions seront les suivantes. » (CCPQ, 1970, novembre) Lorsque cette loi sera abrogée un mois plus tard, la CCPQ réitèrera de nouveau sa position : « Nous soutenons toujours que cette loi n'avait pas sa raison d'être. » (CCPQ, 1970, décembre)

Au moment de la ronde de négociations de 1975-1976 dans le secteur public, la CCPQ souligne une fois de plus l'importance de « faire respecter les lois » (CCPQ, 1975, juin) et, dans son mémoire annuel de 1975, insiste sur la nécessité de réformer le cadre des négociations dans le secteur public : « nous croyons qu'il s'impose d'y introduire de nouvelles règles du jeu puisque les responsables ne semblent pas prêts ou capables de respecter et d'appliquer celles qui existent. [...] Nous voulons apporter une contribution directe à l'assainissement de ce climat. » (CCPQ, 1975, p. 7) Le gouvernement accède d'ailleurs au moins partiellement à ses demandes des dernières années à cet égard. En effet, lors de cette ronde de négociation :

> Le gouvernement s'est préparé aux conflits dans les hôpitaux en ajoutant une condition supplémentaire à l'exercice de la grève : la détermination des services

> essentiels, par accord entre les parties, ou par décision d'un commissaire, faute d'accord librement consenti (loi 253). (Rouillard, 1989, p. 383)

Or, comme cela a été évoqué plus haut, cette loi ne sera pas non plus respectée (Rouillard, 1989, p. 384), au grand désespoir de la CCPQ qui, comme on l'a vu, s'engage à ce moment dans une véritable campagne contre la désobéissance civile (CCPQ, 1976, mai).

Durant les années 1970, le Conseil du patronat revendique lui aussi un durcissement des positions gouvernementales à l'égard des négociations dans le secteur public. Bien qu'en principe « il ne favorise d'aucune façon l'intervention de l'État dans le règlement de tout conflit », le CPQ, tout comme la CCPQ, approuve en 1972 le recours à une loi spéciale forçant le retour au travail des membres du front commun : « une telle grève, alors qu'aucun service essentiel n'était assuré, que les injonctions n'étaient pas respectées et qui avait déjà duré onze jours, était devenue inacceptable. » (CPQ, 1972, mai) Il appelle du même souffle le gouvernement à « revoir tant le concept que les mécanismes de négociation dans la fonction publique et para-publique. » (CPQ, 1972, mai) À l'image de la CCPQ, et malgré, encore une fois, son opposition de principe à l'intervention de l'État dans les conflits de travail, il insiste lui aussi sur l'importance pour « l'État de prendre ses responsabilités » en cas d'absence de consensus concernant le maintien des services essentiels dans le secteur public (CPQ, 1975, mai).

Dans cette optique, le CPQ appuie le projet de loi 253, mais ne se fait pas lui non plus d'illusion, dans le contexte social qui prévaut, sur l'efficacité des lois pour empêcher les grèves, en particulier dans le secteur de la santé :

> Le CPQ a appuyé officiellement le principe du projet de loi no 253 visant à assurer les services de santé et les services sociaux essentiels en cas de conflit de travail. Il a fait valoir cependant aux membres de la Commission parlementaire qui étudiaient ce projet de loi, que les grèves *illégales* dans le secteur hospitalier étaient peut-être plus dommageables et sûrement plus nombreuses que les grèves légales et que le législateur devrait se pencher sur cette question… (CPQ, 1976, janvier)

Néanmoins, à partir de 1976, et devant ce qui semble être devenu une situation incontrôlable, le CPQ n'hésite pas, pour sa part, à revendiquer carrément l'abolition du droit de grève, non pas dans l'ensemble du secteur public, mais au moins dans les services de santé. Du même souffle, il demande également l'imposition *préventive* d'une loi spéciale afin d'empêcher la grève générale illimitée alors prévue dans ce secteur :

> Le CPQ a soumis à la dernière réunion de ses membres en juin toute la question du droit de grève dans certains 'services publics'. *Unanimement*, les membres ont considéré que la demande du retrait du droit de grève dans les services de santé est une orientation que le CPQ doit absolument prendre, tout en proposant certains mécanismes en alternative au droit de grève. À la suite de l'annonce d'une grève générale illimitée dans le secteur des services de santé, le CPQ a demandé au gouvernement de faire voter une loi spéciale pour éviter qu'une telle grève n'ait lieu. Par ailleurs, s'il s'avérait impossible d'en arriver à un règlement négocié, le CPQ a demandé au gouvernement de procéder par décret. (CPQ, 1976, juillet)

9.2.2.3 Assaut contre les dépenses sociales de l'État

Comme nous avons pu le constater à de nombreuses reprises au cours des chapitres précédents, la classe capitaliste est généralement peu sympathique au développement des politiques sociales et, si elle s'accommode des mesures résiduelles d'aide sociale de dernier recours, jugées inévitables, elle est le plus souvent hostile aux programmes sociaux ayant une portée universelle. Nous avons vu d'ailleurs que le développement rapide des politiques sociales au Québec dans la foulée de la Révolution tranquille contribue grandement, en 1963-1964, à l'initiative d'une partie du milieu des affaires québécois visant à créer un Conseil du patronat dans la province. Cependant, avec la détérioration des conditions économiques et le contexte socio-politique survolté qui prévaut à partir de la fin des années 1960 et durant toutes les années 1970, la remise en question de la mission sociale de l'État devient plus pressante que jamais.

Bien que certains programmes seront parfois directement ciblés dans cette offensive – *notamment les CLSC* –, c'est avant tout le niveau des dépenses sociales de l'État qui sera l'objet principal des attaques menées par le milieu des affaires. Des considérations économiques motivent bien sûr en partie ces attaques : dans les conditions difficiles des années 1970, il devient de plus en plus inacceptable pour la classe capitaliste qu'une partie toujours croissante de la richesse collective soit « détournée » vers les programmes sociaux « improductifs » ou « ponctionnée » par le secteur public au détriment bien sûr du secteur privé « productif » (et donc du milieu des affaires lui-même).

Ainsi, dans son mémoire annuel sur les priorités budgétaires de 1972/1973, le Conseil du patronat juge que le Québec n'a plus les moyens d'accroître davantage les dépenses publiques, et plus spécifiquement les dépenses sociales :

> Signalant, et justifiant par l'évolution des dépenses publiques, que la société québécoise a, au cours des dix dernières années, consacré une part rapidement croissante de ses ressources d'abord à l'éducation, puis à la santé publique et tout récemment à l'assistance sociale, le Conseil du Patronat affirme que même si la société québécoise voulait continuer à évoluer durant les prochaines années selon les priorités de la dernière décennie, elle ne le pourrait pas : elle n'en a tout simplement pas les moyens. (CPQ, 1972, février)

La Chambre de commerce déplore quant à elle, dans son mémoire annuel de 1976, que « [l]a part gouvernementale dans le produit national brut s'accroît d'année en année au détriment de la partie production de l'économie. » (CCPQ, 1976, p. 11) C'est aussi dans des termes presque identiques que le CPQ critique la même année la « poursuite de la croissance des dépenses gouvernementales » (CPQ, 1976/1977, p. 21) qui caractérise le budget :

> Cette croissance rapide des dépenses publiques s'est accompagnée d'une accélération des revenus fiscaux ce qui signifie à toute fin pratique une appropriation des fruits de la croissance économique relativement beaucoup plus importante par l'État que par tout autre agent économique. [...] L'affectation croissante des ressources gouvernementales à des programmes jugés essentiels

> restreint de plus en plus le contrôle que le gouvernement peut exercer sur ses dépenses. (CPQ, 1976/1977, p. 22-23)

Cependant, la charge menée par la classe capitaliste contre les dépenses sociales n'est pas motivée uniquement par des raisons économiques. Nous avons vu en effet que les mesures sociales généreuses de la province sont considérée comme une des causes importantes du manque de discipline des travailleuses et des travailleurs ou, autrement dit, de leur combativité exceptionnelle durant les années 1970, que les gains salariaux majeurs ne semblent pas apaiser et que la hausse importante du taux de chômage ne semble pas non plus casser. Le témoignage d'une grosse entreprise rapporté dans l'enquête menée par Fantus illustre bien comment, du point de vue de la classe capitaliste, des mesures sociales trop généreuses constituent un problème parce qu'elles brisent les effets « normaux » de taux de chômage élevés :

> The availability of general labor is in extreme short supply in Montreal. Even though the unemployment rate is high, we have great difficulty getting unskilled people. To complicate this problem the Provincial Government passed a law effective in 1972 to raise the poverty level of workers, the Provincial Government will give the unemployed a $100 (married man with two dependents) per week gross for one year. Since our workers earn about 2.65 per hour, there is not much incentive to go to work when you can get $100 per week for staying at home. (Fantus, 1972, p. II-21)

Une autre répondantes ou un autre répondant à l'étude déplore dans le même esprit le régime d'assurance-chômage : « Labor is unavailable as people are paid to stay home. » (Fantus, 1972, p. II-25) Plusieurs hommes d'affaires ayant participé au congrès de la Chambre de commerce et qui se tenait en 1972 sous le thème « Les relations entre le progrès économique et le progrès social » expriment aussi clairement à cette occasion leur hostilité à l'égard des politiques sociales et de leurs impacts sur l'incitation au travail :

> Payer les gens à ne rien faire, ça ne règle pas de problèmes. Au contraire, ça les encourage à ne pas travailler, parce que ce n'est pas assez payant et trop fatiguant. Le pire, c'est que ça détruit la motivation du travailleur. Comment voulez-vous

> motiver ceux qui ont un petit salaire, c'est presque impossible quand il y en a d'autres qui ne travaillent pas et qui ont plus qu'eux ? [...] Le salaire minimum est de $1.60 l'heure, ceux qui ne travaillent pas ont plus que ça avec le bien-être social. Pourquoi les gens travaillent-ils ? Parce qu'ils ont des besoins à remplir. Un homme dont ses besoins sont satisfaits, n'est pas motivé à travaillé [sic]. (CCPQ, 1972, octobre)

Plus philosophique, le Conseil du patronat se demande en 1973 : « A-t-on détruit l'éthique du travail ? » (CPQ, 1973, novembre) Pour lui, la réponse et l'explication sont claires :

> En fait, la croissance généreuse des divers programmes d'assistance sociale réduit, pour un grand nombre de demandeurs d'emploi, ce qu'on pourrait appeler la 'marge de motivation'. La différence, de plus en plus mince, entre certains salaires et les prestations sociales est telle que d'aucuns ont peu ou plus d'intérêt à retourner au travail. [...] Aller encore un peu plus loin dans les politiques de bien-être social sans tenter de répondre à ces questions serait porter un nouveau coup à une éthique du travail déjà bien malade.

C'est dans cette optique que « [l]e CPQ se préoccupe beaucoup d'évaluer avec le plus de précision possible, les relations qui peuvent exister entre l'incitation au travail et les divers programmes de bien-être ». La Chambre de commerce, qui déplore elle aussi que « nous vivons maintenant [...] dans une société où l'éthique de travail est remplacée pour plusieurs par une éthique de loisirs » (CCPQ, 1976, avril), va dans le même sens que le CPQ et revendique dans son mémoire annuel de 1975 que tout nouveau programme social soit évalué de manière approfondie, non seulement pour en mesurer les coûts et la réelle nécessité, mais aussi : « Il faut s'assurer que la conception de nouveaux programmes sociaux n'incitera pas un trop grand nombre à se retirer du marché du travail et à limiter ou cesser leur contribution à la production. » (CCPQ, 1975, p. 6)

Dans l'offensive menée par la classe capitaliste québécoise contre les dépenses sociales de l'État, il semble que les années 1973-1974 représentent un tournant. En effet, les deux grandes organisations du milieu des affaires québécois invitent alors, dans leur

mémoire annuel respectif, le gouvernement du Québec à opérer un virage majeur dans son orientation – et en particulier en matière de politiques sociales. Au nom de l'objectif du plein-emploi, que la CCPQ affirme considérer comme prioritaire, la Chambre appelle le gouvernement du Québec à prendre « une nouvelle direction fondamentale [...] comparée à celle qui a cours depuis plus de dix ans. » (CCPQ, 1973, p. 7) Plus précisément : « Pour atteindre cet objectif [du plein-emploi], la Chambre croit d'abord que les efforts concertés du Québec doivent maintenant s'orienter sur la création de nouvelles richesses plutôt que la redistribution des richesses existantes. » (CCPQ, 1973, p. 7)[596]

Un participant au congrès de 1972 de la CCPQ exprime ceci encore plus clairement : « Les années 1960 ont marqué un progrès énorme au Québec au point de vue social. En vertu de l'équilibre dont on a parlé, il faudra maintenant peut-être accorder plus d'attention au progrès économique » (CCPQ, 1972, octobre). Autrement dit, la CCPQ invite le gouvernement à privilégier des politiques axées sur la stimulation des investissements plutôt sur le développement des programmes sociaux. C'est d'ailleurs dans cette optique que, dans son mémoire de 1973, la CCPQ appelle le gouvernement à établir « un plafonnement au niveau actuel ou toute autre forme sévère de restriction des dépenses gouvernementales totales. » (CCPQ, 1973, p. 8) Cette demande s'inscrit en effet dans toute une série de « recommandations pour une stratégie de développement », stratégie dont la pièce maitresse se trouve dans des réductions d'impôts, notamment pour les corporations.

Fait intéressant, dans les « recommandations prioritaires » formulées ailleurs dans ce mémoire, la CCPQ cible particulièrement le programme des CLSC, qui est alors en

[596] Un participant au congrès de 1972 de la CCPQ exprime ceci encore plus clairement : « Les années 1960 ont marqué un progrès énorme au Québec au point de vue social. En vertu de l'équilibre dont on a parlé, il faudra maintenant peut-être accorder plus d'attention au progrès économique » (CCPQ, 1972, octobre).

pleine implantation. On dit s'inquiéter notamment des coûts éventuels de ce programme ainsi que de son efficacité :

> Le Québec procède actuellement à la réalisation d'un programme ambitieux d'infrastructure de service social dans le cadre de la loi 65. La Chambre s'interroge cependant à savoir si des provisions financières réalistes ont été dressées avant d'implanter des CLSC, centres locaux de services communautaires. La Chambre recommande au gouvernement d'entreprendre des études 'coûts-bénéfices' plus approfondies. (CCPQ, 1973, p. 10)

L'année suivante, la CCPQ revient à la charge et exprime de nouveau ses craintes et critiques quant au manque d'évaluation ayant présidé à l'implantation des CLSC :

> la Chambre de Commerce préconise que le gouvernement monte un dossier économique comportant des études coûts-bénéfices sur les possibilités financières de concrétiser les législations qu'il met de l'avant. La Chambre regrette que cette procédure n'ait pas été suivie dans le cas de la [...] Loi sur les services de santé et les services sociaux pour ce qui est des CLSC. (CCPQ, 1974, juin)[597]

En effet, les CLSC sont pour la CCPQ une source de préoccupation importante dans le domaine de la santé et des services sociaux, qui est lui-même considéré comme central en ce qui concerne les dépenses sociales de l'État :

> Abordant la question de la réorganisation des services de santé, secteur qui représente à lui seul le tiers des dépenses gouvernementales, la Chambre de Commerce s'inquiète de trois choses fondamentales : 1) le coût de séjour ; 2) la durée des séjours dans les hôpitaux ; 3) l'établissement des centres locaux des services communautaires (CLSC). (CCPQ, 1974, juin)[598]

À la même époque, le Conseil du patronat consacre toute une section de son mémoire de 1973/1974 sur les prévisions budgétaires à une réflexion sur « le rôle de l'État ». Affirmant l'importance d'« évaluer les interventions de l'État québécois dans

---

[597] Tiré d'un compte-rendu du mémoire publié dans le périodique officiel de la Chambre. Il a malheureusement été impossible d'avoir accès au mémoire lui-même.
[598] *Idem*

l'économie depuis une décennie » (CPQ, 1973/1974, p. 7), il constate : « C'est un fait d'observation courante que nombre de sociétés occidentales, dont la nôtre, ont élargi graduellement depuis une décennie le secteur de compétence du droit public et diminué d'autant le secteur du droit privé. » (CPQ, 1973/1974, p. 7) Le CPQ reconnaît clairement que ces développements sont le fruit de la volonté populaire :

> L'augmentation de l'importance relative des pouvoirs publics durant les années '60 n'a résulté d'aucune loi naturelle comme celle de la gravitation universelle ; elle a, au contraire, été la conséquence de libres décisions humaines rendues par les citoyens et leurs mandataires élus à la suite des fortes pressions populaires. (CPQ, 1973/1974, p. 8)

Le CPQ déplore cependant qu'« [à] la suite des représentations de la population, l'état a multiplié [durant les années 1960] les programmes de dépenses publiques sans trop s'interroger sur l'efficacité économique et sociale réelle des sommes ainsi engagées. » (CPQ, 1973/1974, p. 8) Malgré la grande popularité de ces programmes, le CPQ appelle à « [u]n esprit nouveau pour les années '70 » (CPQ, 1973/1974, p. 10) Dans cette perspective, il se réjouit du fait que « [l]a remise en question du rôle croissant de l'État est très marquée au Québec depuis 1970 » (CPQ, 1973/1974, p. 12) En effet :

> Heureusement, les interventions de l'État dans l'économie font, à l'heure actuelle, l'objet d'un examen sérieux. Non seulement l'empiètement systématique de l'État sur le secteur privé n'est plus considéré comme bon principe de gouvernement, mais encore certaines fonctions qui, dans l'enthousiasme des années '60, ont été placées dans le giron de l'État sont en voie d'être progressivement liquidées et/ou rendues à l'entreprise privée. Le dernier budget fédéral marque une réorientation majeure de la politique économique canadienne. (CPQ, 1973/1974, p. 10)

Le CPQ encourage notamment le gouvernement du Québec à prendre exemple sur celui de l'Ontario, qui « a invité les institutions privées à ré-assumer la responsabilité d'administrer les hôpitaux pour malades chroniques » et qui « a l'intention de rendre progressivement les institutions de bien-être à l'entreprise privée. » (CPQ, 1973/1974, p. 11) Plus largement, le CPQ exprime clairement qu'il est essentiel pour lui de limiter

les dépenses gouvernementales, notamment pour limiter du même coup les attentes de la population à l'égard de l'État : dénonçant en 1974 « Un État de plus en plus envahissant », il fait valoir qu'il

> est sans doute temps de mettre fin à l'illusion largement véhiculée par les tenants d'un socialisme inconditionnel que l'État peut tout régler en injectant toujours plus d'argent dans un quelconque secteur en souffrance. C'est dans cet esprit que le CPQ vient par deux fois d'intervenir, depuis le début de janvier, contre une croissance inconsidérée des recettes de l'État québécois (CPQ, 1974, février).[599]

Les préoccupations exprimées en 1973-1974 par la CCPQ et le CPQ seront réitérés à plusieurs reprises par ces mêmes organisations durant les années subséquentes. On a vu précédemment que dans son mémoire annuel de 1975, la CCPQ « critique sévèrement le gouvernement du Québec » pour son « manque d'autorité » face aux grèves illégales. Or, cette critique concerne également « la mise en œuvre de programmes d'envergure sans en connaître les coûts et les conséquences à moyen et long terme » (CPPQ, 1975, juin). On a pu constater que cette critique concerne en fait en bonne partie le programme des CLSC et, dans cette optique, la Chambre recommande que

> avant de mettre en œuvre quelque nouveau programme de sécurité sociale que ce soit, de réviser les mécanismes d'accessibilité aux programmes existants *afin de rétablir une meilleure incitation au travail* et, *dans le cas des soins de santé*, de s'assurer de l'efficacité des sommes dépensées afin d'éviter le gaspillage et de ramener ces coûts à un niveau plus près de la moyenne canadienne. (CCPQ, 1975, juin)[600]

Au-delà des éventuels nouveaux programmes, la CCPQ souhaite que soit « réalisée une bien plus grande efficacité des sommes déjà dépensées dans les domaines de santé et de bien-être » et que soit mieux « évalué[e] la portée des programmes actuels et leur rythme de croissance. » (CCPQ, 1975, p. 6). Heureusement : « Le ministre Forget a

---

[599] En avril 1977 est publiée une chronique éditoriale intitulée « L'État-sauveur » dans le périodique de la Chambre de commerce qui reprend pour l'essentiel les mêmes propos (CCPQ, 1977, avril).
[600] C'est moi qui souligne.

d'ailleurs bien indiqué à son homologue fédéral son intention de bien regarder avant de sauter et particulièrement d'évaluer les coûts, ce avec quoi nous sommes bien d'accord. » (CCPQ, 1975, p. 6) De manière plus générale, la Chambre revendique aussi dans ce mémoire « une baisse additionnelle du taux d'accroissement des dépenses » (CCPQ, 1975, p. 4) et, comme en 1973, elle déplore qu'« on consacre beaucoup plus d'efforts à partager le gâteau qu'à en accroître le volume. » (CCPQ, 1975, p. 5)

Dans son mémoire de 1976, la CCPQ déplore le fait que le ministre des Finances n'ait pas choisi « de limiter l'accroissement des dépenses gouvernementales à l'accroissement du produit national brut » (CCPQ, 1976, p. 11), mais semble néanmoins satisfaite de la limitation des dépenses imposées aux secteurs de la santé et de l'éducation :

> Certains points du Budget nous ont favorablement impressionnés en plus du franc exposé du ministre à l'effet qu'il ne peut imprimer de dollars, seulement les cueillir chez le contribuable pour payer les services qu'il demande. Ce type de discours est encore trop rare. Nous notons de plus la de limiter le taux de croissance des dépenses à 13% en général et dans les secteurs de santé et de l'éducation en particulier (CCPQ, 1976, p. 17-18).

Quelques semaines plus tard, la CCPQ appelle de manière plus générale à « réviser les mesures de sécurité sociale quant à leur accessibilité et quant à leur nombre. » (CCPQ, 1976, août)

Suite à son mémoire de 1973/1974, le CPQ dénonce lui aussi de manière répétée la croissance des dépenses sociales du gouvernement. De manière cohérente avec l'analyse proposée en 1973/1974, qui admet les origines populaires des multiples programmes sociaux, il explique par « une hausse substantielle des attentes des citoyens » (CPQ, 1976/1977, p. 21) à l'égard du gouvernement la difficulté – voir même l'impossibilité, d'un point de vue politique – de réduire les dépenses sociales de l'État :

> Qu'il s'agisse en effet de la mission éducative, [de santé,] sociale ou administrative, une multitude de programmes ont été mis sur pied au cours des dernières années. *Rapidement qualifiés par une grande partie de la population d'essentiels et de prioritaires*, ces programmes peuvent aujourd'hui difficilement être remis en cause par le gouvernement lui-même, pour des raisons politiques évidentes. Une large part des ressources gouvernementales est ainsi affectée au financement de programmes statutaires et il ne reste plus au gouvernement qu'à en contrôler la croissance des coûts. (CPQ, 1976/1977, p. 23)

Néanmoins, le CPQ revient à la charge dans son mémoire de 1977-1978, dans lequel il appelle, à l'instar de la Chambre de commerce, à « introduire une plus grande efficacité dans le secteur de la santé » et à « compresser les dépenses au niveau de certains programmes » de la mission sociale (CPQ, 1977/1978, p. 11). En octobre 1978, il réitère de nouveau l'importance de réduire les attentes de la population à l'égard de l'État, notamment en matière de programmes sociaux et de santé :

> Il y a lieu [...] de réviser certaines attitudes bien ancrées chez la population. Il s'agit de combattre le mythe que tout ce qui vient de l'État est gratuit, cet État-providence qui pourvoit à tout, de qui on attend tout : ses largesses sont loin d'être gratuites. Il faut essayer de faire réaliser au citoyen moyen ce que lui coûtent les programmes sociaux dont il bénéficie, par exemple l'assurance-maladie, et, plus généralement, ce qu'ils coûtent à l'ensemble de la société. (CPQ, 1978, octobre)

Et alors que le milieu des affaires réclamait jusqu'à ce moment une limitation de la croissance des dépenses publiques au niveau de croissance du PIB, le patronat demande, dans son mémoire sur les priorités budgétaires de 1979-1980, de limiter ce taux de croissance à un niveau *inférieur* à celui du PIB :

> Nul doute que l'objectif du présent budget de maintenir le taux de croissance des dépenses [publiques] au même niveau que celui du PIB est un effort louable dans le sens de la recommandation suggérée par le CPQ l'année dernière [...] En réalité, puisque les dépenses gouvernementales ont été manifestement beaucoup trop élevées depuis nombre d'années, il faudra pendant quelques années maintenir le taux de croissance de ces dépenses en-dessous du taux de croissance du PNB. (CPQ, 1978, novembre)

9.2.2.4 Résistance des travailleuses et des travailleurs et inefficacité (relative) de l'offensive de la classe capitaliste (malgré le soutien de l'État)

Comme ailleurs dans le monde occidental, la classe capitaliste québécoise peut compter sur le soutien de son État dans son offensive pour renverser le rapport de force jugé trop favorable pour les travailleuses et les travailleurs. Sans qu'il puisse pour autant être qualifié de « comité exécutif de la bourgeoisie » – l'État québécois ne répond pas à toutes les demandes formulées à l'époque par le milieu des affaires, loin de là – le gouvernement partage avec ce derniers certains principes fondamentaux qui assure au moins la sauvegarde de ses intérêts les plus vitaux.

Ainsi, l'impératif d'évaluer les mesures de sécurité sociale en fonction de leurs effets sur l'incitation au travail est clairement défendu par les membres du gouvernement, et notamment par Castonguay lui-même. Lors d'une longue allocution prononcée au congrès annuel de la CCPQ tenu à l'automne 1972, le ministre des Affaires sociales, après avoir rappelé que les politiques sociales contribuent de manière générale à favoriser le développement économique (il reprend ici une des positions défendues par la CESBES), répond dans les termes suivants aux inquiétudes exprimées par certains participants au congrès quant aux impacts des mesures sociales sur l'incitation au travail :

> Il arrive cependant, et c'est un point que nous surveillons de très près, que certains programmes puissent avoir des effets négatifs sur le plan économique lorsque leur structure et leur niveau diminuent l'incitation au travail ou la mobilité des travailleurs d'une région à l'autre. Les efforts soutenus qui sont faits sur le plan des prestations de sécurité du revenu visent à favoriser une plus grande participation des Québécois au marché du travail. (CCPQ, 1972, octobre)

C'est d'ailleurs dans cette optique que le ministre dit privilégier, dans l'élaboration des politiques sociales de sécurité du revenu, « [l]'adoption d'une échelle de prestations

suffisamment souple pour favoriser l'incitation au travail, aux bénéficiaires de ces prestations. » (CCPQ, 1972, octobre)

Si le ministre des Affaires sociales partage avec le milieu des affaires ses préoccupations pour la préservation de l'incitation au travail, le gouvernement est aussi sensible aux considérations économiques qui motivent le milieu des affaires à revendiquer, tout au long des années 1970, une réduction du niveau de croissance des dépenses publiques et, en particulier, des dépenses sociales et de santé. En effet, même si les années 1970 ne sont pas marquées par des coupures draconiennes dans les dépenses sociales – ce n'est de toute façon pas ce que réclame la classe capitaliste qui, comme on l'a constaté, est consciente que de telles coupures seraient politiquement difficiles à réaliser – le gouvernement fait néanmoins des efforts soutenus de restriction de la croissance des dépenses. Ainsi, durant les années 1970, et en particulier à partir du milieu de la décennie, « [l]es gouvernements vont commencer à resserrer leurs budgets sociaux. [...] la montée d'un État québécois fort et d'un État-providence en expansion dans l'après-guerre et tout particulièrement dans la décennie 1960-1975 tire à sa fin. » (Favreau, 1989, p. 27)

Cette tendance s'amorce sous le gouvernement libéral de Robert Bourassa qui, de manière plus globale, défend des « conceptions sociales et économiques » qui rejoignent en bonne partie celles du milieu des affaires et qui, inversement, « sont aux antipodes des positions syndicales » (Rouillard, 1989, p. 410-411). En effet, « le Parti libéral de 1970 rejette l'idée d'un rôle accru de l'État dans l'économie et se fait plutôt le défenseur de la libre entreprise et du libre jeu des forces économiques. » (Rouillard, 1989, p. 410) De même :

> Dans le domaine social, peu de mesures nouvelles, si ce n'est la création de centres locaux de services communautaires, l'implantation de la Cour des petites créances et de l'aide juridique. Le régime d'assurance-maladie et la nouvelle loi sur l'assistance sociale, qui entrent en vigueur en novembre 1970, sont plutôt

> l'œuvre du gouvernement précédent (sans parler de la législation fédérale correspondante). (Rouillard, 1989, p. 412)

Considérant que ces deux dernières mesures majeures sont mises en œuvre par Claude Castonguay, qui a aussi joué un rôle central dans leur élaboration, ceci pourrait être nuancé. Tout indique en effet que la création d'un régime public et universel d'assurance-maladie et la réforme de l'aide sociale étaient sincèrement promues par Castonguay lui-même. On peut toutefois certainement penser que ces mesures – qui étaient de toute façon devenues inévitables, surtout dans le cas de l'assurance-maladie – n'avaient pas nécessairement l'appui inconditionnel de l'ensemble du gouvernement, peu sympathique, comme le souligne Rouillard, à l'intervention de l'État dans les domaines économique et social. Quoiqu'il en soit, le milieu des affaires se montre généralement satisfait des efforts de contrôle des dépenses sociales de ce gouvernement.

Ainsi, le CPQ appui fortement le budget présenté en 1972 : « Par son esprit et par son contenu, le budget de M. Garneau offre de grandes similitudes avec les recommandations sur les priorités budgétaires que le Conseil du Patronat a présentées au gouvernement en janvier dernier. » (CPQ, 1972, mai) En particulier, on approuve le fait que « [l]e gouvernement a continué de freiner le taux de croissance des dépenses pour l'Éducation et les Affaires sociales. » (CPQ, 1972, mai) Le budget de 1975 est aussi qualifié de « très bon budget » (CPQ, 1975, mai) par le CPQ même si, au niveau des dépenses, on regrette « que le tableau soit incomplet en ce sens qu'il n'indique pas les sommes qui seront requises pour assumer les coûts inhérents au règlement des négociations collectives qui s'amorcent entre l'État et ses employés » (CPQ, 1975, mai).

Le budget de 1976 obtient aussi l'approbation générale du patronat. Le CPQ approuve particulièrement le fait que ce budget « est susceptible de faire réaliser à la population que la Province a sûrement atteint un sommet dans la quantité des services que cette

même population ne cesse de lui réclamer depuis des années. » (CPQ, 1976, juin) Le CPQ souligne notamment « l'intention officielle du ministre des Finances de s'en tenir aux crédits initiaux [...] et de limiter finalement la croissance des dépenses globales à 13% », même si le CPQ aurait souhaité « une compression des dépenses de santé, que le ministre des Affaires sociales lui-même considère exagérées voire dans certains cas non fondées. » (CPQ, 1976, juin) La Chambre de commerce se dit elle aussi satisfaite du budget de 1976, notamment en ce qui concerne la limitation des dépenses en santé :

> En déposant son discours du Budget le 11 mai dernier, le ministre des Finances a fait preuve de franchise, de prudence, de réalisme et de dextérité. La Chambre l'en félicite. [...] Certains points du Budget nous ont favorablement impressionnés en plus du franc exposé du ministre à l'effet qu'il ne peut imprimer de dollars, seulement les cueillir chez le contribuable pour payer les services qu'il demande. Ce type de discours est encore trop rare. Nous notons de plus la volonté de limiter le taux de croissance des dépenses à 13% en général et dans les secteurs de santé et de l'éducation en particulier (CCPQ, 1976, p. 17-18).

Le budget suivant, en 1977, est le premier déposé par un gouvernement du Parti québécois, élu pour la première fois en novembre précédent à la surprise générale. Loin de l'ultra-libéralisme affiché du gouvernement libéral de Bourassa, le PQ se situe plutôt clairement « dans la mouvance de la Révolution tranquille » et croit « au rôle primordial de l'État comme levier de promotion économique et sociale des Franco-Québécois. » (Rouillard, 1989, p. 422) Sans se dire officiellement social-démocrate, mais affichant « un préjugé favorable à l'égard des travailleurs », le PQ tient toutefois à « se présenter comme le parti de toutes les classes de la société québécoise. » (Rouillard, 1989, p. 422-423) Or, au moment de l'élection du Parti québécois, une classe sociale en particulier est très inquiète : le milieu des affaires est en effet alors saisi d'une véritable panique.

La CCPQ parle ainsi du « choc émotif » ressenti par la communauté des affaires suite à cette élection inattendue (1977, février). Elle s'inquiète de l'enracinement populaire du PQ et craint qu'à cause de cela, le parti respectera son programme :

> Le parti élu pour gouverner la province est le premier dans l'histoire du Québec à avoir investi autant de temps et d'efforts pour implanter son programme au niveau des masses et lui conserver la faveur populaire. Ce seul fait laisse prévoir que le nouveau gouvernement sera, plus que ses prédécesseurs, engagé envers le programme du parti. (CCPQ, 1977, février, p. 2)

Or, ce programme – à l'élaboration duquel la classe capitaliste déplore de n'avoir pas participé – est perçu par celle-ci comme menaçant pour ses intérêts :

> Étant donné que nous, hommes d'affaires, n'avons pas participé à l'élaboration de ce programme (et parce que nous avons largement sous-estimé les chances de succès du parti lors du dernier scrutin), nous n'avions qu'une vague idée de l'objet de ce programme. Nous nous doutions, toutefois, qu'il ne nous était pas particulièrement favorable. (CCPQ, 1977, février, p. 2)

Six mois plus tard, la CCPQ affirme que « des inquiétudes et des incertitudes profondes [...] subsistent toujours. » (CCPQ, 1977, juillet-août, p. 2) S'inquiétant des incertitudes entourant l'avenir constitutionnel de la province, la CCPQ déplore aussi de nouveau

> l'engagement gouvernemental à la réalisation d'un programme politique élaboré par un parti où la communauté des affaires et ses préoccupations sont presque totalement absentes, où une partie significative du programme officiel (1974) est carrément dirigée contre elle et contre ses intérêts, où l'économie du programme lui est hostile [...]. (CCPQ, 1977, juillet-août, p. 2)

Devant ce qu'elle perçoit comme une menace importante pour ses intérêts, la CCPQ laisse planer dans des termes très clairs le risque d'une perte de confiance du milieu des affaires à l'endroit du gouvernement : « Vous admettrez avec nous qu'il y a de quoi créer inquiétudes et incertitudes et que *la confiance et l'appui sur lesquels tout gouvernement devrait pouvoir compter* nous demandent, en l'occurrence, un grand acte de foi. » (CCPQ, 1977, juillet-août, p. 2)[601]

C'est peut-être ce qui explique que, sous plusieurs aspects, le premier discours du budget du nouveau ministre des Finances, Jacques Parizeau, est très proche du point de

[601] Souligné par moi.

vue mis de l'avant par le milieu des affaires depuis le début des années 1970 et ce, même si le Parti québécois est effectivement enraciné dans les milieux syndicaux et populaire et qu'il affiche un « préjugé favorable à l'égard des travailleurs ». On peut penser en effet que le nouveau gouvernement péquiste espérait ainsi gagner la « confiance » du milieu des affaires qui, comme le souligne à juste titre la CCPQ, est essentielle dans la société capitaliste à n'importe quel gouvernement – y compris les gouvernements socio-démocrates – qui refuse de remettre en question le pouvoir économique de la classe capitaliste[602]. Comme le rapporte Godbout (2017) :

> Dans son premier discours (1977), Jacques Parizeau allait jusqu'à dire : 'Il faut siffler la fin de la récréation. La remise en ordre est non pas seulement importante pour assurer et maintenir le crédit du Québec et de ses institutions.' Il soulignait même : 'Il n'y a vraiment qu'une seule façon de dégager une marge de manoeuvre : c'est de sabrer les programmes existants et de réformer la tarification de certains services publics de façon à ce qu'elle reflète mieux le coût encouru par la collectivité.' (Cité dans Godbout, 2017)

De même :

> En matière de fiscalité, le constat de son premier discours (1977) était manifestement très limpide : 'Les écarts sont tellement élevés qu'il n'est nul besoin de faire la preuve que, dans aucune autre province, le fardeau fiscal combiné provincial et municipal n'est aussi lourd qu'au Québec.' Il soulignait même que « [la tarification] avait été largement sous-utilisée et qu'on avait laissé croire indûment aux contribuables que les services publics étaient gratuits'. (Cité dans Godbout, 2017)

En 1980, Parizeau affirmera même qu'avant son arrivée en poste, « [l]e secteur public québécois avait complètement perdu les pédales. » (Cité dans Godbout, 2017) Et malgré le « préjugé favorable aux travailleurs » de son gouvernement, Parizeau partage aussi les vues du milieu des affaires concernant l'incitation au travail :

---

[602] Nous reviendrons sur cette question dans la conclusion générale de la thèse, au moment de présenter la réflexion sur la nature de l'État démocratique dans la société capitaliste.

> En 1983, il soulignait qu'"[...] il n'est guère intéressant pour les chômeurs ou les assistés sociaux de se remettre au travail, même quand le travail est disponible ; on souligne aussi souvent que d'obtenir une promotion n'est pas particulièrement incitatif sur le plan financier, même si le revenu initial est assez faible. De telles réactions sont très sérieuses et doivent être examinées. Après tout, une société doit être en mesure de reconnaître et de promouvoir l'intérêt financier au travail'. (Cité dans Godbout, 2017)

Il n'est donc pas surprenant que malgré ses inquiétudes, la CCPQ accueille plutôt favorablement le discours sur le budget de 1977, et notamment en ce qui concerne « la manifestation non équivoque d'une volonté de saine administration des finances publiques » ainsi que « son orthodoxie par rapport aux appréhensions que laissait présager le programme [du PQ] » (CCPQ, 1977, juillet-août). De plus, la CCPQ se dit particulièrement satisfaite des « limites imposées à l'accroissement des dépenses gouvernementales pour le présent exercice et surtout les questions fondamentales qui y sont abordées de front ; la qualité des services d'éducation et de santé par rapport à leurs coûts. » (CCPQ, 1977, juillet-août) Le budget de 1978 reçoit aussi l'approbation du milieu des affaires. Ainsi, le Conseil du patronat se réjouit du fait que

> le gouvernement entend maintenir la croissance des dépenses publiques à un rythme voisin de celui de l'économie québécoise, un objectif que partage pleinement le CPQ et dont il avait d'ailleurs entretenu le ministre Parizeau lors de la présentation de son dernier mémoire sur les priorités budgétaires. (CPQ, 1978, avril)

En fait, le budget de 1978 prévoit même un rythme de croissance des dépenses publiques légèrement *en-dessous* du taux de croissance économique : « le rythme d'augmentation des dépenses gouvernementales (10,5%) est maintenu à peu près au même niveau que celui de la croissance économique (11% en termes courants) » (CPQ, 1978, mai) De manière globale, le CPQ qualifie donc ce budget « de 'bon budget modérément expansionniste', et qui a le mérite de donner préséance à l'économique. » (CPQ, 1978, mai) Il en va de même pour le budget de 1979, qui reçoit la faveur de la CCPQ :

> La Chambre a commenté le dernier budget du ministre québécois des finances en termes généralement favorables. Les objectifs de réduction des dépenses publiques, d'assainissement des fonds de pension du gouvernement, de rétablissement d'une certaine parité entre les secteurs public et privé suscitent notre adhésion. (CCPQ, 1979, avril)

Comme le souligne Favreau, le résultat global de ces budgets successifs est qu'entre 1977 et 1981, « les budgets sociaux des gouvernements n'en finissent plus de s'éroder » (Favreau, 1989, p. 33). Néanmoins, malgré la victoire relative du milieu des affaires en ce qui concerne la restriction du taux de croissance des dépenses publiques (et notamment des dépenses sociales) – relative parce que, comme il en est lui-même conscient, c'est ce qu'il pouvait espérer de mieux dans le contexte de forte mobilisation des travailleuses et des travailleurs –, la seconde moitié des années 1970 sera aussi marquée par de nombreux gains sociaux pour les travailleuses et les travailleurs (gains qui ont toutefois peu d'incidence directe sur le niveau des dépenses publiques).

En effet, comme on l'a vu au chapitre 7, sous la pression soutenue d'un mouvement syndical plus radicalisé, politisé et combatif que jamais, le gouvernement du Parti québécois « réalise [au cours de son premier mandat] plusieurs des attentes du mouvement syndical, portant ainsi les législations sociales et syndicales du Québec à l'avant-garde en Amérique du Nord. » (Rouillard, 1989, 423) On peut donc dire que durant les années 1970, l'assaut de la classe capitaliste contre les politiques sociales et en vue de rétablir l'incitation au travail n'aura qu'un succès mitigé.

Si l'État québécois – tous gouvernements confondus – partage les préoccupations du milieu des affaires en ce qui concerne le contrôle des dépenses sociales de l'État et les impacts des politiques sociales sur l'incitation au travail, il adhère aussi pleinement à l'objectif – qui est comme nous l'avons vu mis de l'avant avec force par le patronat québécois – de ne pas faire du secteur public la locomotive salariale du secteur privé. Ce problème commence à se poser seulement à partir de la fin des années 1960 puisque,

au début de cette même décennie, les travailleurs (et surtout les travailleuses) du secteur public ont encore

> un long chemin à rattraper tant leurs salaires et leurs conditions de travail viennent loin derrière ceux du secteur privé. [...] Selon Roch Bolduc, conseiller gouvernemental intimement mêlé à la négociation, le salaire moyen de l'employé public en 1961 se situe environ aux trois quarts du salaire moyen dans le reste de l'économie. (Rouillard, 1989, p. 376-377)

Or, suite à la reconnaissance du droit à la syndicalisation, à la négociation collective et à la grève dans secteur public – qui, rappelons-le, est gagné de hautes luttes par une série de grèves illégales vers le milieu des années 1960 – les travailleuses et les travailleurs de ce secteur parviennent à faire des gains importants lors de la première ronde de négociations de 1964-1968, au point où dès 1968, les salaires du secteur public menacent de dépasser ceux du secteur privé. Au moment où s'amorce la seconde ronde de négociations de 1968-1971, le gouvernement (Union nationale) adopte donc en 1968 une politique salariale dont un des principes de base est « d'aligner les traitements des employés du secteur public sur ceux du secteur privé » (Rouillard, 1989, p. 379). Par la suite, le gouvernement tentera – peu importe le parti au pouvoir – de faire appliquer ce principe dans toutes les négociations avec le secteur public, adhérant de ce fait pleinement au point de vue du milieu des affaires à cet égard. Ainsi, durant la négociation de 1972 :

> le gouvernement [libéral] tient absolument à aligner ses salaires sur ceux du secteur privé, alors que les centrales souhaitent qu'ils aient un effet d'entraînement pour l'ensemble des travailleurs et des travailleuses. Le patronat, qui tient un raisonnement analogue, met en garde le gouvernement contre toute hausse de rémunération supérieure à celle du secteur privé. (Rouillard, 1989, p. 380)

S'il va de soi que les mêmes principes guideront le gouvernement (toujours libéral) lors des négociations de 1975-1976, de telles prises de positions sont plus surprenantes chez un parti qui se proclame « pro-travailleurs ». Or, lors de la première ronde de

négociation sous le gouvernement péquiste (1979-1980), celui-ci « veut toujours aligner la rémunération des employés de l'État sur le secteur privé » (Rouillard, 1989, p. 386), ce qui réjouit bien sûr les organisations du milieu des affaires. Le CPQ déclare ainsi, au printemps 1978 : « l'affirmation sans équivoque du principe que la parité des salaires entre les secteurs privé et public devrait prévaloir aux prochaines négociations du secteur public et para-public ne peut que rassurer le monde des affaires. » (CPQ, 1978, mai) On a vu également que la CCPQ, lors de son commentaire sur le budget Parizeau de 1979, est satisfaite de l'objectif « de rétablissement d'une certaine parité entre les secteurs public et privé » affiché par le gouvernement (CCPQ, 1979, avril).

Par ailleurs, si le gouvernement n'ira pas jusqu'à interdire le droit de grève dans le secteur public comme le réclame le patronat à partir de la seconde moitié des années 1970, il est très clair que la décennie est marquée par un durcissement des stratégies étatiques à l'égard des syndicats de ce secteur. Même si le gouvernement ne va jamais assez loin, du point de vue du milieu des affaires, pour imposer son autorité et discipliner les travailleuses et les travailleurs, il n'en demeure pas moins que, au Québec comme dans le reste du Canada, se multiplient durant les années 1970 les lois forçant le retour au travail des grévistes du secteur public. Rappelons ainsi qu'en 1972, « la négociation des secteurs public et parapublic en front commun se termine par l'adoption d'une loi spéciale et l'emprisonnement pour un an des présidents des trois centrales. » (Rouillard, 2004, p. 192) De même, le gouvernement décide, lors de la ronde de négociation de 1975-1976, d'imposer certaines restrictions au droit de grève dans le secteur public par le biais de la loi 253 sur les services essentiels, sans compter les lois de retour au travail imposées dans le secteur de l'éducation (Rouillard, 1989, p. 415)

De plus, les négociations de 1975-1976 sont marquées par une offensive majeure du gouvernement fédéral qui, comme nous l'avons vu, décide en 1975 « d'appliquer un sévère programme de contrôle des prix et des revenus, comprenant des limitations aux

augmentations de salaire. [...] La signature de conventions collectives ne peut dépasser ces normes sous peine d'amendes et même d'emprisonnement. » (Rouillard, 2014, p. 200) Ces mesures font suite, au Québec, au déclenchement en 1974, principalement dans le secteur privé,

> [d']un mouvement de réouverture des conventions collectives pour rattraper la hausse du coût de la vie. La forte inflation enregistrée depuis l'année précédente risque, en effet, d'éroder [le] pouvoir d'achat [des travailleuses et des travailleurs]. La lutte pour l'indexation se traduit par des arrêts de travail nombreux, parfois illégaux, et par un durcissement des conflits (Rouillard, 1989, p. 415).

Dans ce contexte, le gouvernement provincial n'hésite pas et emboîte rapidement le pas au gouvernement fédéral dans sa lutte contre l'inflation. Il adopte comme lui une loi (la loi 64) « qui limite les augmentations salariales dans les secteurs sous sa compétence. Ces deux mesures suscitent un tollé de protestation dans le monde syndical. » (Rouillard, 1989, p. 415) En effet, on considère que

> [l]es syndiqués [...] feront seuls les frais de la lutte anti-inflationniste puisqu'on ne peut restreindre efficacement les prix et les revenus autres que salariaux (honoraires professionnels, dividendes, bénéfices). La réglementation très vague des augmentations des honoraires et des profits, par exemple, fait en sorte que seuls les salaires sont véritablement visés par les contrôles. (Rouillard, 2004, p. 200)

Il semble que le milieu des affaires fait une interprétation semblable de ces lois puisque, contrairement à ce qu'affirme Fodor (2013)[603], le milieu des affaires – ou du moins le milieu des affaires québécois – appuiera les mesures de contrôle des salaires et des prix imposées par les gouvernements fédéral et provincial et ce, malgré le fait que de telles

[603] Rappelons que celui-ci soutient que la communauté des affaires canadiennes réagira très négativement à la loi anti-inflation du gouvernement fédéral, y voyant un empiètement inacceptable et menaçant de l'État dans les lois du marché.

mesures s'opposent à ses principes. Ainsi, le Conseil du patronat affirme en décembre 1975 :

> Le CPQ a fait savoir au ministre des Finances du Québec que 'le succès de la lutte à l'inflation entreprise par son Gouvernement avec le bill 64, *projet qu'endosse généralement le patronat québécois*, dépendra en grande partie du leadership que l'administration québécoise est prête à assumer. (CPQ, 1975, décembre)[604]

La Chambre de commerce, qui approuve aussi les mesures, espèrent qu'elles auront pour effet de diminuer les attentes et de discipliner la population (et en particulier, peut-on penser, les travailleuses et les travailleurs syndiqués) :

> Nous avons accepté temporairement les mesures anti-inflation comme mesures à court terme, pour créer, nous l'espérons, un choc physique et psychologique salutaire, pour nous faire retomber les pieds sur la terre et nous faire sortir des rêves en couleurs que crée l'inflation. (CCPQ, 1976, avril, p. 3)

De même :

> L'année écoulée a été impreignée [sic] de la lutte à l'inflation engagée par nos gouvernements. [...] La communauté des affaires et la Chambre ont appuyé les mesures adoptées malgré toutes les réserves viscérales qu'elles pouvaient entretenir à leur endroit. [...] Nous croyons aussi que ces mesures auront pour effet de réduire les expectatives aussi bien des entreprises que des travailleurs quant à la part que chacun peut retirer de l'économie. (CCPQ, 1976, p. 11)

Il semble toutefois que les seconds soient davantage concernés que les premières puisque, comme le souligne avec contentement la CCPQ, « [u]n des objectifs du programme de lutte à l'inflation est de favoriser la diminution des différences de traitements entre les travailleurs syndiqués et non-syndiqués. » (CCPQ, 1976, p. 11)

Toutefois, jusqu'à la fin des années 1970, et malgré le durcissement du gouvernement à l'égard des travailleuses et des travailleurs du secteur public, celui-ci ne parviendra

---

[604] C'est moi qui souligne.

pas à limiter les hausses de salaires du secteur public à celles du secteur privé, et encore moins à rétablir la parité entre eux ; au contraire, comme nous l'avons vu au chapitre 7, le secteur public deviendra, à la faveur des négociations en front commun de 1972 et 1976, la locomotive du secteur privé en ce qui concerne des conditions salariales et de travail. Comme cela a été aussi mentionné, la négociation de 1975-1976 se solde même par des augmentations qui dépassent les normes de la loi anti-inflation imposée en 1975. « Encore une fois, on croit [en 1976] que le règlement salarial aura un effet d'entraînement 'sans précédent' sur le secteur privé. » (Rouillard, 1989, p. 385)

Et de fait, malgré les lois fédérale et provinciale de contrôle des salaires, malgré l'inflation et bien que le patronat durcit lui aussi ses stratégies à l'égard des travailleuses et des travailleurs du secteur privé, c'est l'ensemble des travailleuses et des travailleurs – tous secteurs confondus – qui voient leurs conditions salariales et de travail s'améliorer de manière substantielle tout au long des années 1970, même si les mesures répressives ont pour effet que, comme ailleurs dans le monde occidental, les taux de croissance seront moins élevés que durant la décennie précédente. Ainsi, les salaires réels hebdomadaires de l'ensemble des industries au Québec augmentent de 19% entre 1970 et 1980 (contre 28,1% entre 1960 et 1970). Le salaire horaire réel du secteur manufacturier connaît même durant les années 1970 au Québec des augmentations légèrement plus élevées que durant les années 1960 : il augmente de 30% entre 1970 et 1980, alors que l'augmentation avait été de 27,9% entre 1960 et 1970 (Rouillard, 2004, p. 205).

Comme dans la plupart des pays occidentaux, l'offensive menée par la classe (et par l'État) capitaliste du Québec pour discipliner les travailleuses et les travailleurs et pour contenir les hausses de salaires ne donnera donc pas les résultats escomptés durant les années 1970. Et comme ailleurs dans le monde occidental, le milieu des affaires du Québec semble à la fin de la décennie à bout de patience. Ainsi, alors que la CCPQ affirmera tout au long des années 1970 prioriser la lutte contre le chômage (CCPQ,

1973, p. 7 ; CCPQ, 1976, p. 7), son discours change en 1977. On l'a vu, la CCPQ appuie aussi, tout au long des années 1970, les mesures anti-inflationnistes des gouvernements fédéral et provincial. Or, il semble qu'à partir de la fin des années 1970, la CCPQ compte désormais *principalement* sur les vertus disciplinaires de la lutte contre l'inflation pour parvenir à ses fins : « Nous sommes aussi d'accord avec M. MacDonald [le ministre fédéral des Finances] pour accorder à ce moment-ci *et devant les attitudes syndicales* la priorité à la lutte à l'inflation. » (CCPQ, 1977, avril)[605] Autrement dit, de nouvelles méthodes s'imposent.

9.2.3 Années 1980 : virage néo-libéral, récession économique et renversement du rapport de force au Québec

9.2.3.1 Choc monétaire, compressions budgétaires et victoires de l'État (et de la classe capitaliste) contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public

Comme on l'a vu (voir *supra*, section 9.1.3.2), le « choc Volcker » sera rapidement suivi, au Canada, d'un choc monétaire équivalent imposé par la Banque du Canada à l'économie du pays. Et comme ailleurs, ce virage majeur provoque une profonde récession économique, à laquelle n'échappe évidemment pas le Québec :

> Puis survient la récession de 1981-1982, le plus important recul économique depuis la crise de 1929, fruit de la décision de la Banque du Canada de hausser substantiellement les taux d'intérêt pour mettre fin à l'inflation. Cette décision frappe durement le Québec, propulsant le taux de chômage à près de 14% en 1982 et 1983. La mesure permet de juguler l'inflation, mais le taux de chômage reste élevé jusqu'à la fin de la décennie : 10,7% en moyenne et à un niveau plus haut encore lorsqu'on tient compte de la main-d'œuvre qui a abandonné la recherche d'emploi. (Rouillard, 2004, p. 216)

---

[605] C'est moi qui souligne.

Comme dans le reste du monde occidental, le gouvernement canadien, « à la remorque de celui des États-Unis » (Rouillard, 2004, p. 202), fait donc le choix de prioriser à tout prix la lutte contre l'inflation, y compris au prix d'un chômage élevé, mais aussi de conséquences sociales et économiques considérables. En effet, la « hausse des taux d'intérêt à un niveau record (plus de 21% en août 1981) » provoque

> la paralysie des investissements, une réduction considérable des achats de biens de consommation durables et une augmentation prodigieuse du chômage (près de 14% en 1982 et en 1983). Cette stratégie se traduit par une réduction de l'inflation, mais à un coût social énorme : fermetures d'entreprises, licenciements massifs, chômage très élevé chez les jeunes, pauvreté, marginalisation, découragement, etc. Le Canada traverse alors sa pire crise économique depuis les années 1930. » (Rouillard, 2004, p. 202)

Ce choc monétaire s'accompagne également, tant au Canada qu'au Québec, d'un tournant important de la politique économique privilégiée par les gouvernements, qui passe d'une politique économique keynésienne axée sur le plein-emploi et la stimulation de la demande (notamment par le biais de programmes sociaux et de sécurité du revenu) à une politique économique d'inspiration monétariste qui priorise la lutte contre l'inflation et la stimulation de l'offre (notamment par le biais d'un environnement règlementaire et d'une fiscalité « compétitifs »). Autrement dit, l'ensemble du pays (y compris le Québec) s'engage, comme les autres pays occidentaux, dans un virage néolibéral. Ainsi, à partir du début des années 1980, les gouvernements canadien et québécois

> inscrivent prioritairement leurs politiques dans le courant néolibéral qui mise sur une réduction de la présence de l'état et un retour aux forces du marché. Leur objectif n'est plus de stimuler la demande de biens comme ils s'y appliquaient depuis les années 1940 (programmes sociaux), mais l'offre de biens en privilégiant des politiques favorables aux entrepreneurs, aux entreprises et aux détenteurs de capitaux. (Rouillard, 2004, p. 248)

On a vu que partout dans le monde occidental, cette remise en question radicale du keynésianisme s'accompagne d'une attaque redoublée sur les deux autres éléments

fondamentaux du cadre institutionnel des années d'après-guerre, c'est-à-dire : 1) sur les politiques sociales (d'où la « crise de l'État-providence ») et 2) sur les droits syndicaux (ou du moins sur le pouvoir et les capacités organisationnelles du mouvement syndical). Au Québec, cette offensive est menée à partir du début des années 1980 par le gouvernement « pro-travailleurs » du Parti québécois, réélu en 1981 :

> Le deuxième mandat du Parti québécois donne lieu à un revirement du discours et des politiques gouvernementales. Les objectifs sociaux-démocrates qui ont caractérisé le parti depuis sa fondation cèdent la place à plusieurs thèses néolibérales. À la faveur de la crise économique de 1982 qui place les finances de l'État en sérieuse difficulté, le gouvernement révise son projet politique ; il délaisse ses objectifs sociaux pour accorder la priorité à la relance de l'économie, non plus guidée par l'État, mais laissée à l'entreprise privée. La récession, fait-il valoir, ne lui laisse pas le choix : il faut d'abord stimuler la création de richesses avant de songer à en redistribuer les fruits. En fait, c'est une invitation à tourner la page en ce qui concerne le rôle moteur que l'État québécois a joué dans l'économie depuis la Révolution tranquille. Cette tendance s'accentue sensiblement au cours des années ultérieures (Rouillard, 2004, p. 196-197).

En ce qui concerne les politiques sociales, le secteur des Affaires sociales est évidemment directement concerné, et il sera particulièrement affecté par la vague de compressions budgétaires annoncée par le gouvernement au début de la décennie :

> Dès le début des années 1980, le gouvernement péquiste annonce de fortes compressions budgétaires dans les services sociaux et met en branle la réforme Forget-Lazure-Parizeau afin de tenter de maîtriser les coûts croissants générés par la production des services de santé et des services sociaux. (Jetté, 1997, p. 79)

L'opération semble avoir été un succès puisque déjà au milieu des années 1980, le ministre des Finances, Jacques Parizeau, se félicite des « progrès » accomplis, tout en prévoyant poursuivre une gestion serrée et restrictive des dépenses publiques :

> Au terme de son dernier discours (1984), il reconnaissait que 'maintenant, nous avons ramené le coût des services publics à un niveau plus comparable à ce qui se fait ailleurs en Amérique du Nord. [...] Le contrôle de l'expansion des

> dépenses devra impliquer que l'on procède chaque année à l'examen sélectif d'un certain nombre de programmes.' (Godbout, 2017)

Il est intéressant de noter qu'au Québec, ce désengagement de l'État passe notamment par le développement, à partir du début des années 1980, d'un « partenariat » avec le milieu communautaire. Comme le fait remarquer Favreau :

> La crise de l'État-providence, indépendamment des débats sur son ampleur et sa nature, a signifié l'érosion des mesures sociales au profit de la restructuration de l'économie et plus concrètement : des coupures dans les services publics et un désengagement de l'État au plan social [...] ; un affaiblissement du syndicalisme dans le secteur public, jugé trop gourmand. Mais au même moment, paradoxe étrange qu'il faut expliquer, l'État tient un discours communautaire vigoureux (Favreau, 1989, p. 191).

Alors que le mouvement populaire continue de viser une plus grande autonomie pour les communautés ainsi qu'une démocratisation accrue de la société[606], il est très clair qu'une des motivations importantes de l'État pour faire ainsi appel aux groupes communautaires est d'ordre financier :

> [l]'État accepte de soutenir financièrement ou autrement les groupes populaires plus ou moins autogérés dans la mesure où ces expériences permettent de répondre plus adéquatement à de nouvelles demandes ou encore à des demandes très imparfaitement satisfaites et cela, à des coûts inférieurs. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 722-723)

Cela fait dire à Favreau que l'État met alors en place « une politique de sous-traitance du secteur communautaire par l'État » qui s'accompagne d'« un double langage autour de la prise en charge, notion souvent utilisée pour justifier le désengagement de l'État et des services publics à l'égard de certains besoins et de plusieurs groupes. » (Favreau, 1989, p. 191) Du point de vue de l'État, le partenariat avec les groupes et organismes

---

[606] « les groupes croient à l'élargissement possible de ces expériences [de démocratisation incarnées par les groupes de services], ce qui permettrait éventuellement la transformation de l'ensemble de la société, quitte à ce qu'ils se définissent provisoirement comme groupes alternatifs et marginaux. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 723)

communautaires lui permet en effet de se désengager du domaine social et, en cela, il s'inscrit dans sa stratégie de restructuration de l'État-providence :

> Faisant référence à la crise économique et à la nécessité de redéfinir le rôle de l'État, le premier ministre René Lévesque indique que l'État doit devenir moins lourd et plus proche des citoyens et que cet assouplissement doit se traduire par un recours plus large aux instances décentralisées et aux communautés de base. Cet appel au dynamisme du milieu et des organismes communautaires pour la restructuration du modèle de gestion du social s'est caractérisé dans plusieurs politiques sectorielles (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 729-730).

Ce nouveau « modèle de gestion du social » en est un qui permet un retrait accru de l'État au profit du secteur communautaire, mais aussi du secteur privé :

> Dans cette conjoncture, les groupes autonomes de services commencent à être reconnus comme partie prenante d'un nouveau modèle de développement, d'un modèle ne pouvant se réaliser que dans le cadre d'un partenariat faisant appel aux divers secteurs : étatique, privé, syndical et communautaire. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 725)

De plus, à l'inverse des objectifs visés par les groupes communautaires :

> l'appareil administratif de l'État croit apparemment que son soutien aux groupes autonomes de services canalisera la demande de démocratisation de l'ensemble des services collectifs étatisés dans des expériences suffisamment circonscrites, voire marginalisées, que le statu quo pourra être maintenu pour l'ensemble du système. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 723)

Bien sûr, « les groupes de services ne sont généralement pas dupes des avantages [que] tire l'État [de ce partenariat] », (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 722-723) et l'appel de l'État en ce sens a d'ailleurs « suscité des débats vigoureux [parmi les groupes communautaires] sur la place et le rôle des organismes communautaires dans les divers programmes gouvernementaux. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 729-730) Néanmoins, les groupes communautaires acceptent de s'engager dans le partenariat proposé par l'État, et le secteur communautaire prend dès lors des proportions considérables :

> Dans les années quatre-vingt, la croissance du nombre des groupes populaires et communautaires et leur diversification constitue un phénomène nouveau et sans commune mesure avec la période précédente. Ainsi, entre 1973-1974 et la fin de la décennie suivante, le nombre de ces groupes est passé de 138 à 1500 pour la seule Ville de Montréal. Pour l'ensemble du Québec, la Corporation communautaire des Bois-Francs a dénombré [en 1988] plus de 3000 groupes populaires et communautaires. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 725)

Soulignons que cette croissance du secteur communautaire est particulièrement spectaculaire dans le domaine socio-sanitaire :

> Ainsi, 'de 1974 à 1986, le nombre d'organismes financés dans le cadre du programme de soutien (aux organismes communautaires) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est passé de 31 à 547 et les montants consentis de 600 000$ à 43 millions en 1989'. (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 726-727)

Cette remise en question du modèle « providentialiste » d'intervention de l'État dans le domaine social – au profit d'un modèle de plus en plus « résiduel » dans lequel les secteurs communautaires et privés sont appelés à occuper une place croissante – s'accompagne également d'une remise en question des droits syndicaux. Au Québec et au Canada, cette remise en question ne se fait toutefois pas de façon directe. Les travailleuses et les travailleurs font plutôt face à de nouvelles stratégies patronales d'organisation du travail qui ont pour effet une précarisation croissante de l'emploi, incarnée notamment dans une montée fulgurante du travail « atypique » (temps partiel, intérimaire, autonome), avec pour résultat qu'elles et ils « vivent une plus grande insécurité » (Rouillard, 2004, p. 269) :

> la part des emplois à temps partiel augmente substantiellement depuis 1976, atteignant 16,7% des travailleurs en 2000, dont près du tiers (31,3%) préféreraient un travail à temps complet. Au cours de ces années, la proportion des travailleurs autonomes double également au point de représenter 14,3% de l'emploi total en 2000. Cette tendance est en partie reliée à la stratégie des entreprises de recourir à des sous-traitants plutôt que d'embaucher des salariés. (Rouillard, 2004, p. 269)

Favreau et L'Heureux soulignent également que durant les années 1980,

> les initiatives de sortie de crise du patronat prennent de la vigueur. Fermetures d'usines, extension du temps partiel, essor du travail au noir, développement de la sous-traitance, introduction de l'information dans les bureaux… deviennent monnaie courante. (Favreau et L'Heureux, 1984, p. 152)

Au-delà des chiffres, Bernier montre quant à elle que cette précarisation de l'emploi, notamment par le biais d'une croissance de l'emploi à temps partiel, dépasse la simple réponse momentanée à la crise économique et « constitue une nouvelle politique de gestion de la main-d'œuvre » (Bernier, 1984, p. 83) appelée à se pérenniser.

En effet, cette nouvelle approche s'inscrit « dans une stratégie générale de recherche de flexibilité pour l'entreprise » (Bernier, 1984, p. 84) qui vise à « remettre en question les rigidités héritées du fordisme » (Bernier, 1984, p. 88), c'est-à-dire, pour l'essentiel, le travail à temps plein et la sécurité d'emploi. Elle montre aussi que cette stratégie, qui est mise de l'avant par la classe capitaliste, est aussi appuyée par les gouvernements, et notamment par le gouvernement du Québec : « les intentions clairement exprimées du patronat et des gouvernements de développer l'emploi à temps partiel nous permettent d'en parler comme d'une politique de gestion de la main-d'œuvre au sens de projet 'conscient et élaboré'. » (Bernier, 1984, p. 84)

Dans ce contexte de mutations majeures du marché du travail et de précarisation accrue de l'emploi, le maintien du *statu quo* en matière de droits syndicaux constitue dans les faits un recul :

> Les politiques à Québec comme à Ottawa tendent […], en général, au statu quo en ce qui touche aux lois du travail, alors que le marché du travail se transforme profondément. […] les travailleurs salariés subissent les contrecoups de ce nouvel environnement socio-économique, étant de plus en plus nombreux à occuper des emplois précaires et à voir leurs conditions de travail se détériorer. (Rouillard, 2004, p. 215-216)

De plus, nous avons vu que l'érosion des droits syndicaux, si elle ne passe pas directement au Canada et au Québec par des réformes majeures des lois du travail[607], se réalise néanmoins par la multiplication des lois spéciales privant « temporairement » – mais de moins en moins exceptionnellement – les travailleuses et les travailleurs (et en particulier celles et ceux du secteur public) de leurs droits, et notamment du droit de grève (Panitch et Swartz, 1984 ; voir aussi *supra*, section 9.1.3.2). C'est aussi le cas au Québec :

> In Quebec and British Columbia events took a somewhat different but perhaps even more menacing course. The Parti Québécois government of Quebec actually decreed unilaterally one- to three-year collective agreements for public sector workers in 1983, thereby pre-empting their right to strike. These agreements not only required pay reductions of up to 20 per cent meaning that many of the workers affected would be earning less at the end of 1985 than in 1982), but also rewrote the terms of their collective agreements regarding job security and working conditions. (Panitch et Swartz, 1984, p. 135)

Ainsi, les compressions budgétaires importantes décidées par le gouvernement au début des années 1980 passeront en bonne partie par une attaque sans précédent sur les conditions salariales et de travail des travailleuses et des travailleurs du secteur public, attaque durant laquelle le gouvernement n'hésitera pas à user d'un arsenal de lois spéciales de plus en plus répressives :

> c'est dans le secteur public que les syndiqués connaissent les reculs les plus importants, lors de l'imposition des décrets en 1982-1983. Ce 'coup de force' permet au gouvernement [...] de résoudre sur le dos des salariés de l'État la crise budgétaire tout en lui permettant de réduire à néant l'écart de la rémunération entre les secteurs public et privé. (Rouillard, 2004, p. 197)

---

[607] En fait, le gouvernement (péquiste) introduit en 1985 une réforme qui restreint davantage le droit de grève des travailleuses et des travailleurs du secteur public en élargissant le mandat et les pouvoirs du Conseil des services essentiels et en radicalisant les conséquences prévues en cas de non-respect de ses décisions. « Le Conseil interviendra fréquemment dans de nombreux conflits (528 évaluations dont 122 ordonnances de 1985 à 1992), permettant d'assurer le maintien des services à la population, mais rognant également sur le rapport de force des syndiqués. » (Rouillard, 2004, p. 251)

En effet, en plus de permettre une restriction des dépenses publiques (et notamment des dépenses sociales), cette offensive majeure aura aussi le double mérite, du moins du point de vue de la classe capitaliste, de contribuer à discipliner les travailleuses et les travailleurs du secteur public et de casser les tendances de la dernière décennie à faire des luttes syndicales du secteur public le moteur salarial – et militant – du secteur privé.

Rouillard souligne comment la « première manche dans sa volonté de réduire l'écart salarial favorisant les employés de l'État » (Rouillard, 1989, p. 386) sera gagnée par le gouvernement lors de la première ronde de négociations dans le secteur public menée par un gouvernement péquiste (1979-1980). En effet, malgré son « préjugé favorable à l'égard des travailleurs », « le gouvernement veut toujours aligner la rémunération des employés de l'État sur le secteur privé » (Rouillard, 1989, p. 386), alors que « le front commun entend, comme en 1972 et 1976, faire du secteur public le moteur d'améliorations pour les employés du secteur privé. » (Rouillard, 1989, p. 386) Or, suite à une loi spéciale et malgré une grève illégale des syndiquées et syndiqués de la Fédération des Affaires sociales, le gouvernement parvient pour la première fois depuis le début des années 1970 à accorder des augmentations de salaires qui ne dépassent pas le niveau de l'inflation.

Considérant que la hausse des taux d'intérêt amorcée en 1979 ne commencera à faire sentir pleinement ses effets qu'en 1981 (soit après la conclusion de la ronde de négociations de 1979-1980) on peut difficilement lui attribuer cette défaite du mouvement syndical québécois. Rouillard propose une autre explication :

> La présence d'un nouvel interlocuteur, qui dit avoir un 'préjugé favorable' à l'égard des travailleurs et travailleuses et qui a gagné la sympathie d'un très grand nombre d'entre eux, rend beaucoup plus difficile la mobilisation des syndiqués et la cohésion du front commun (Rouillard, 1989, p. 386).

Quoiqu'il en soit des effets démobilisateurs du premier gouvernement péquiste et de leurs impacts sur l'issue de la négociation de 1979-1980, l'attaque sans précédent menée deux ans plus tard contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public lors du second mandat du gouvernement péquiste aura l'effet d'une douche froide sur le mouvement syndical[608] :

> La deuxième manche [dans la bataille de l'État visant à réduire l'écart salarial avec le secteur privé] commence en 1982, un an avant l'échéance de la convention collective : dans un geste sans précédent, le gouvernement fixe, par loi et décrets, sans qu'il n'y ait véritablement négociation, les conditions de travail de ses 320 000 employés pour les trois prochaines années. Cette décision survient au plus fort de la récession économique, au moment où le taux de chômage atteint un record depuis la grande récession (15,9%). (Rouillard, 1989, p. 388)

Laissant planer en 1982 la menace d'un licenciement massif (17 430 personnes), le gouvernement impose finalement par une loi, en juin 1983 des coupures salariales majeures (21%). À cette loi s'ajoute une loi qui sabre de 700 millions le régime de retraire des travailleuses et des travailleurs du secteur public ainsi qu'une autre loi qui limite leur droit de grève :

> Ces trois lois, adoptées unilatéralement, constituent la plus sévère attaque contre le droit à la négociation libre dans les secteurs public et parapublic depuis le début des années soixante. [...] le gouvernement, une fois engagé dans cette voie, n'hésitera pas à recourir à d'autres lois spéciales. (Rouillard, 1989, p. 389)

---

[608] Ainsi que, par le fait même, sur une partie significative de sa base électorale. En effet, la trahison du PQ est telle que lors des élections de 1985, aucune des centrales syndicales ne donne son appui au PQ, pas même la FTQ, qui avait pourtant accordé son appui officiel au parti lors des élections précédentes. Ses membres refusent à 53,8% d'appuyer une recommandation d'appui du Conseil général. « La crainte d'un retour au pouvoir du Parti libéral avec Robert Bourassa à sa tête ne réussit pas à faire réagir les délégués qui ne pardonnent pas au PQ les décrets de 1982 et le virage idéologique amorcé au cours de son deuxième mandat. Le Parti libéral remporte une victoire éclatante, aidé par les syndiqués qui ne donnent pas comme à leur habitude un appui électoral plus marqué au PQ. Le désir de 'faire payer' le PQ l'emporte sur la crainte du Parti libéral, plus proche du monde patronal. » (Rouillard, 2004, p. 199)

En effet, à l'automne 1983, le gouvernement impose par une nouvelle loi spéciale les conditions de travail de l'ensemble de ses travailleuses et travailleurs pour les trois prochaines années :

> Les cent neuf décrets imposés par la loi 105 reprennent les offres salariales du gouvernement, augmentent la tâche de la plupart des employés, élargissent les droits de gérance des employeurs et interdisent le droit de grève pour les trois prochaines années. La récupération salariale et les très faibles augmentations consenties réduiront à zéro l'écart salarial entre le secteur public et privé. (Rouillard, 1989, p. 390)

Une grève illégale est alors déclenchée par plusieurs syndicats affiliés tant à la CEQ qu'à la FTQ et à la CSN, mais seules les enseignantes et les enseignants persistent et repoussent l'offre finale du gouvernement.

> C'est alors que s'abat sur eux la loi 111, la loi la plus rigoureuse dans l'histoire du syndicalisme québécois ; elle force le retour au travail sous peine de congédiements collectifs discrétionnaires, de perte d'ancienneté et de suspension de droits syndicaux. Plus encore, pour assurer l'application de cette loi, le gouvernement suspend dans ce cas la Charte des droits et libertés. Selon le Barreau du Québec et la Commission des droits de la personne, cette loi d'une 'sévérité excessive' contrevient 'aux droits les plus fondamentaux' des citoyens. (Rouillard, 1989, p. 391)

Après deux jours supplémentaires de grève illégale, les enseignantes et enseignantes rentrent finalement au travail. C'est donc une victoire pour le gouvernement (et pour la classe capitaliste) qui, pour la première fois depuis le début des années 1960, parvient à briser la combativité des travailleuses et des travailleurs du secteur public et à imposer des conditions de travail et salariale qui placent ces dernières et ces derniers à la remorque du secteur privé[609] :

---

[609] « L'Institut de recherche sur la rémunération montrera que, pour des emplois comparables, la rémunération des employés de l'État en 1985 accuse un retard de 10 à 14% sur celle des autres salariés, quoiqu'ils jouissent de meilleurs avantages sociaux et d'une relative sécurité d'emploi. La révision [par le gouvernement péquiste] du régime de négociation en 1984-1985, qui supprime le droit de grève sur les salaires les deuxième et troisième années de la convention, vise à placer définitivement la

> Le but avoué du gouvernement, lors de ces dernières 'négociations', était de réduire ses dépenses pour faire face à la crise budgétaire consécutive à la récession économique. Mais l'objectif plus fondamental qu'il cherche à atteindre depuis 1972 [et même depuis 1968], c'est celui de réduire l'écart de rémunération avec les salariés du secteur privé. Il craint que les gains économiques des fronts communs et les objectifs sociaux poursuivis (salaire minimum, réduction des écarts de salaires, congés de maternité, etc.) aient un effet d'entraînement sur les autres salariés (Rouillard, 1989, p. 392).

Ici, la récession déclenchée par la hausse des taux d'intérêt décidée par la Banque du Canada joue évidemment un rôle décisif :

> Pour atteindre la parité avec [le secteur privé], objectif que poursuit le gouvernement depuis 1968, la récession crée un contexte éminemment favorable. Elle érode le militantisme syndical et elle permet de rallier l'opinion publique à des mesures draconiennes. Le gouvernement ne va pas laisser passer une pareille occasion. (Rouillard, 1989, p. 388)

Le virage néolibéral amorcé par le gouvernement du Parti québécois au début des années 1980 sera bien sûr approfondi par le second gouvernement libéral de Robert Bourassa, réélu en 1985 à la faveur de la désaffection syndicale provoquée par l'offensive du gouvernement péquiste contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public. Notamment, le nouveau gouvernement

> crée en début de mandat deux nouveaux ministères, L'un pour la privatisation, l'autre pour la déréglementation, et forme deux comités d'étude sur ces thèmes – en plus d'un autre sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales. Composés majoritairement de représentants du monde des affaires et imprégnés de la philosophie néolibérale [...]. Même si le gouvernement prend ses distances à l'égard des recommandations des comités, il n'en reste pas moins qu'elles influencent fortement ses politiques pendant les années où le Parti libéral est au pouvoir (1985 à 1994). (Rouillard, 2004, p. 249)[610]

---

rémunération des employés de l'État à la remorque de celle des entreprises privées. » (Rouillard, 1989, p. 392)

[610] L'un de ces comités est le Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales présidé le Paul Gobeil, qui est aussi président du Conseil du trésor qui était jusqu'aux

Par ailleurs, ce gouvernement poursuit l'offensive contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public, n'hésitant pas lui non plus à recourir à des lois spéciales encore plus sévères que celles – déjà exceptionnellement répressives – adoptées par le gouvernement péquiste durant la première moitié des années 1980. Ainsi, lors de la ronde de négociation de 1986, et face au fait que les syndicats défient les nouveaux pouvoirs du Conseil sur les services essentiels :

> le gouvernement fait adopter, le 11 novembre, une loi spéciale (loi 160) d'une sévérité inégalée pour faire respecter les services dans les établissements de santé et de services sociaux : perte de deux jours de salaires et d'un an d'ancienneté pour chaque jour de grève, poursuites pénales, suspension de la retenue syndicale à la source, réduction du traitement des contrevenants, etc. Ces sanctions sont encore plus rigoureuses que celles de la loi 111 adoptée en 1983. (Rouillard, 2004, p. 251-252)

9.2.3.2 Les conséquences du virage néolibéral : le renversement du rapport de force

Cette offensive majeure du gouvernement du Québec contre les acquis sociaux des dernières décennies, et plus particulièrement contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public – qui étaient jusqu'à la fin des années 1970 la locomotive du mouvement syndical québécois (et canadien – voire même américain) – se produit dans un contexte où l'explosion du chômage causé par la profonde récession économique du début des années 1980 contribue déjà à l'affaiblissement du mouvement syndical dans son ensemble. Avec pour résultat que celui-ci subit alors une perte de pouvoir considérable. En effet : « Une croissance économique plus faible, les deux récessions, la persistance d'un haut niveau de chômage et la montée du courant néolibéral comme

élections de 1985 PDG de Provigo Distribution. Son rapport est publié en mai 1986 (Gobeil, 1986 ; nous y reviendrons dans la section suivante).

alternative sociale ont fait naître un environnement peu favorable à l'action syndicale. » (Rouillard, 2004, p. 278)

Soulignons cependant qu'à partir du début des années 1980, le Québec n'enregistre pas de baisse du taux de syndicalisation aussi marquée qu'ailleurs, sauf peut-être dans le secteur privé, où « le taux de présence syndicale [...] régresse de façon significative de 1985 à 2001 (de 34% à 27,9%). » (Rouillard, 2004, p. 218-219) En effet, si le taux de syndicalisation global passe de près de 40% durant les années 1970 à 37,6% en 1981 (ce qui correspond au niveau de 1971), il remonte ensuite à 39,5% en 1986, pour se retrouver de nouveau à 37,5% en 2002. Ainsi, les effectifs syndicaux « se maintiennent à un niveau à peu près constant depuis 1986 » (Rouillard, 2004, p. 217), malgré une certaine tendance à la baisse par rapport aux sommets atteints durant les années 1970. De plus, « soulignons que, malgré la tendance à la baisse, le Québec conserve en 2002 un niveau de syndicalisation élevé parmi les provinces canadiennes : il dépasse toujours nettement celui de l'Ontario (27%) et la moyenne canadienne (30,5%). » (Rouillard, 2004, p. 219) En fait, il semble que le Québec reste à cet égard à l'avant-garde de l'Amérique depuis le milieu des années 1960 (Fortin, 2008).

Il n'en demeure pas moins que le mouvement syndical québécois se trouve considérablement affaiblit par le virage néolibéral entrepris par les gouvernements fédéral et provincial :

> Depuis les années 1980, l'influence syndicale s'est érodée sérieusement à la faveur de la persistance d'un taux de chômage élevé, de la forte concurrence liée à la mondialisation de l'économie et de la montée du courant néolibéral. On assiste à une érosion des attentes des syndiqué-e-s et à un affaiblissement du pouvoir syndical. Les syndicats sont souvent placés sur la défensive, occupés à protéger des acquis. (Rouillard, 2014, p. 16)

L'affaiblissement du mouvement syndical se traduit dans sa capacité déclinante à orienter les politiques gouvernementales : « [d]ans les deux dernières décennies, le mouvement syndical n'a plus la même influence auprès des gouvernements fédéral et

québécois. » (Rouillard, 2004, p. 248) En effet, face aux gouvernements, « le mouvement syndical se trouve sur la défensive, ayant fort à faire pour éviter l'érosion des lois de protection du travail et maintenir les acquis sociaux des décennies précédentes. » (Rouillard, 2004, p. 249) La perte de pouvoir des centrales syndicales se fait aussi sentir au sein des entreprises : « Cette conjoncture [la récession et la hausse importante du chômage] affaiblit le rapport de force des travailleurs dans les entreprises » (Rouillard, 2004, p. 216). L'offensive majeure du début des années 1980 a donc produit son œuvre et contribué de manière décisive à réduire les attentes des travailleuses et des travailleurs, tant à l'égard de l'État qu'à l'égard du « système » : « Ainsi, fait remarquer le comité exécutif de la CSN, les négociations de travail ont été tellement ardues pour le mouvement syndical au cours des années 1980 que 'la résistance aux attaques et le maintien de nos acquis doivent être considérés comme des victoires'. » (Rouillard, 2004, p. 215)

Cet affaiblissement marqué du mouvement syndical québécois est aussi particulièrement perceptible dans le fait qu'à partir du milieu des années 1980, « le discours et les stratégies des centrales syndicales se transforment considérablement. » (Rouillard, 2004, p. 216) Plus précisément, le mouvement syndical entreprend un virage qui le conduit à se « déradicaliser » et à privilégier la concertation avec le patronat et l'État plutôt que, pour reprendre les termes de la CSN des années 1970, le « syndicalisme de combat » :

> [les centrales syndicales] abandonnent leur condamnation radicale du système capitaliste et mettent au rancart leur réflexion sur le socialisme comme alternative sociale. Le haut niveau de chômage et la concurrence plus vive entre les entreprises les portent à se montrer plus compréhensives dans la négociation collective et, pendant un temps, réceptives à l'idée de concertation avec le patronat. (Rouillard, 2004, p. 216)[611]

[611] Il est intéressant de souligner ici que, comme cela a été mentionné dans la section précédente, le mouvement populaire connaît à la même époque un cheminement analogue de « déradicalisation » et d'ouverture au partenariat et à la concertation avec l'État. Comme le mentionnent Bélanger et Lévesque :

Et de fait, comme dans le reste du monde occidental à la même époque, le nombre de conflits de travail connaît à partir de ce moment une chute importante, ce qui conduit Fortin à affirmer que « [l]a paix industrielle s'est installée au Québec depuis 20 ans » (Fortin, 2008). Faisant lui aussi le constat que « [l]es deux dernières décennies présentent des relations de travail de plus en plus harmonieuses si on se fie au volume de grèves et de lock-out », Rouillard souligne de plus que

> [c]'est un revirement assez spectaculaire quand on compare ces indices à ceux des années 1960 et 1970. Les conflits de travail sont deux fois moins nombreux dans les années 1990 que dans les années 1970. La chute est encore plus marquée quand la comparaison porte sur les jours de travail perdus à cause de conflits [...]. Le fléchissement est alors considérable : presque neuf fois moins de jours perdus dans la dernière décennie [1990]. » (Rouillard, 2004, p. 272)

Les données de Rouillard suggèrent également que, malgré ce virage, le patronat maintient quant à lui le durcissement des stratégies de négociations amorcé durant les années 1970 : « Un meilleur climat de travail n'a pas fait fléchir les lock-out qui représentent toujours un pourcentage significatifs des conflits, 21,5% de 1985 à 2001, contre 19,4% de 1977 à 1985. » (Rouillard, 2004, p. 272) Par ailleurs, tout indique que l'offensive majeure contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public a eu l'effet escompté, c'est-à-dire non seulement placer le niveau de rémunération dans le secteur public à la remorque de celui du secteur privé, mais aussi briser la combativité des travailleuses et des travailleurs de l'État :

> Pour leur part, les débrayages dans les secteurs public et parapublic représentent une part moins importante des arrêts de travail : 16,6% de 1992 à 2001 contre

---

« Pour la plupart des analystes du mouvement populaire, le début des années quatre-vingt constitue un tournant important. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 724) À partir de ce moment, « le partenariat et la concertation caractérisent une génération de groupes populaires et communautaires œuvrant en particulier de le développement local et les services sociosanitaires. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 728) En effet, les divergences de vue entre l'État et les groupes populaires, « n'empêche[nt] pas un nombre de plus en plus élevé de groupes d'accepter le partenariat avec l'État, voire la complémentarité avec les services étatiques, posant de ce fait de nouveaux enjeux. » (Bélanger et Lévesque, 1992, p. 725)

> près du quart dans les années 1970. Les lois sévères de retour au travail imposées au fil des années ont fait leur œuvre. (Rouillard, 2004, p. 272)

À l'instar de ce qui se produit dans le reste du monde occidental, c'est donc à un véritable renversement du rapport de force entre les classes que l'on assiste au Québec à partir du début des années 1980. Et comme ailleurs, l'affaiblissement marqué du mouvement syndical et la baisse importante de combativité des travailleuses et des travailleurs n'est pas sans effets sur leurs conditions de vie et de travail :

> Cette période marque un changement spectaculaire de la situation des travailleurs salariés. Alors que la guerre et les décennies qui ont suivi se sont traduites par des améliorations substantielles de la condition ouvrière, les salariés constatent depuis le début des années 1980 un recul de leur pouvoir d'achat et vivent une plus grande insécurité à cause de l'expansion de l'emploi précaire. (Rouillard, 2004, p. 269)

Ainsi, les travailleuses et les travailleurs québécois ne parviennent plus à faire de gains significatifs en termes d'avantages sociaux : « La tendance est ici au statu quo quoiqu'on puisse penser qu'il y ait recul dans les moyennes et petites entreprises. » (Rouillard, 2004, p. 270) En ce qui concerne les salaires, on assiste à un véritable recul :

> S'il y a relativement peu de changement en termes d'heures de travail et d'avantages sociaux, la rémunération, par contre, subit un dur coup quand on tient compte de l'inflation. En effet, contrairement à la période d'après-guerre, marquée par une amélioration substantielle de leur pouvoir d'achat, les salariés subissent un recul au cours des deux dernières décennies. (Rouillard, 2004, p. 270)

Dans le secteur manufacturier en particulier, le salaire hebdomadaire réel recule de plus de 10% entre 1980 et 1990 (Rouillard, 2004, p. 271). De manière plus générale, pour l'ensemble des travailleuses et des travailleurs :

> La progression des salaires réels est négative dans les années 1980 après la dure récession de 1981-1982. C'est que les travailleurs syndiqués n'ont plus le même rapport de force dans les entreprises touchés par les fermetures d'usine et un niveau de chômage qui reste très élevé pendant toute la décennie (10,7% en

> moyenne). Dans les années 1990, la tendance générale pour l'ensemble des salariés, y compris les syndiqués, est toujours d'obtenir des augmentations moyennes qui se situent finalement en deçà de la hausse des prix. Par conséquent le pouvoir d'achat des syndiqués a diminué de 7,6% pour ces 20 années. (Rouillard, 2004, p. 270)

En fait, Rouillard souligne que « [d]epuis le début des années 1980, pour la première fois au XXe siècle, les travailleurs salariés, syndiqués ou non, voient leur pouvoir d'achat régresser. » (Rouillard, 2004, p. 272) Tout indique donc qu'au Québec comme ailleurs, les fruits de la croissance économique – car malgré les récessions, il y a tout de même croissance – sont désormais appropriés dans une plus grande proportion par la classe capitaliste :

> Contrairement à ce qu'on peut penser, cette période comporte un enrichissement collectif même si la croissance économique est plus faible qu'au cours des années antérieures. Le produit intérieur brut réel [...] augmente de 3,2% par année de 1981 à 1989 et de 2,2% de 1989 à 1999 [au Canada]. De même, la productivité du travail dans les entreprises (croissance de la production par heure travaillée) est aussi à la hausse au Canada : 1,2% par années de 1981 à 1989 et 1,3% de 1989 à 1999. C'est donc dire que les salariés ne profitent pas de la richesse qu'ils créent grâce à leur force de travail. (Rouillard, 2004, p. 271)

En effet, le rapport de force défavorable aux travailleuses et aux travailleurs induit par l'offensive du début des années 1980 a pour conséquence que « les syndicats réussissent mal à tirer profit de la reprise économique » (Rouillard, 2004, p. 216) lorsqu'elle se produit. Pour Rouillard, ceci s'explique également par le fait que

> [l]es attentes des salariés syndiqués se sont [...] sérieusement émoussées au cours des deux dernières décennies. Ils espèrent maintenir le pouvoir d'achat de leur rémunération sans s'attendre à participer à ce qu'on appelle l'enrichissement collectif, fruit d'une croissance générale de la productivité du travail ou de l'économie. (Rouillard, 2004, p. 271)

Autrement dit, comme dans les autres pays occidentaux, si le virage néolibéral opéré au Canada et au Québec durant les années 1980 peut être considéré comme un succès du point de vue de la classe capitaliste, on ne peut pas en dire autant pour les

travailleuses et les travailleurs : « La plus grande liberté accordée aux forces économiques génère sans doute de la richesse, mais les travailleurs salariés, syndiqués ou non, n'en profitent guère. » (Rouillard, 2004, p. 279)

Voyons maintenant comment cette évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970 et 1980 peut contribuer à expliquer l'évolution du modèle initial des CLSC durant la même période, et en particulier son abandon rapide par le ministère des Affaires sociales.

9.3 L'abandon rapide du modèle initial des CLSC et les rapports de classe

9.3.1 L'évolution du rapport de force entre les classes et l'évolution du modèle initial des CLSC

Un premier constat s'impose d'abord : de manière très générale, l'évolution du modèle des CLSC durant les années 1970-1980 colle de très près à l'évolution du rapport de force entre les classes, ce qui suggère un effet au moins indirect des rapports de classe sur l'abandon rapide de ce modèle. Plus encore, appréhender l'évolution du modèle des CLSC à partir de l'évolution du rapport de force nous offre des pistes pour comprendre le décalage observé au chapitre précédent entre le moment où s'amorce la remise en question du modèle par le ministère (en 1974) et le moment où les effets de cette remise en question se feront sentir sur le terrain (à partir du début des années 1980). Afin de mettre en évidence cette correspondance forte entre l'évolution du modèle des CLSC et celle du rapport de force entre les classes, on peut distinguer trois grandes périodes dans cette évolution.

Durant la première période, qui couvre les années 1971 à 1974 et qui correspond à ce qu'on appelle généralement dans la littérature la période d'implantation des CLSC, le rapport de force entre les classes est, comme on l'a montré au chapitre 7,

exceptionnellement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs. Or, le modèle initial des CLSC, tel qu'il s'implante sur le terrain, est alors très proche du point de vue et des revendications mis de l'avant par les mouvements syndical et populaire en matière socio-sanitaire. En fait, on a vu au chapitre précédent que dans plusieurs cas et sous plusieurs aspects – et notamment en ce qui concerne d'une part l'enjeu de la participation populaire et de la démocratisation, et d'autre part la conception de la prévention (et donc du rôle et de la place de l'action communautaire) – le modèle tel qu'il est mis en œuvre *dépasse les limites* qui caractérisent le modèle imaginé par la CESBES et officialisé par le Ministère des Affaires sociales (MAS) dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) de 1971. Autrement dit, alors que, comme on l'a vu au chapitre 6, le modèle initial « formel » des CLSC est déjà très proche du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs (malgré certaines limites), le modèle « réel » va encore plus loin dans ce sens et se rapproche encore davantage de ce point de vue.

La seconde période s'ouvre en 1974 alors que s'amorce la remise en question du modèle initial des CLSC par le MAS, et se termine à la fin de la décennie. On a vu qu'à partir de ce moment, et en quelques années à peine, le ministère redéfinit considérablement le modèle dans un sens qui l'éloigne du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs et qui le rapproche de celui de la classe capitaliste. Or, au début des années 1970, mais plus encore à partir du milieu de la décennie, s'amorce partout dans le monde occidental une offensive de la classe (et de l'État) capitaliste, qui cherche à restaurer ses taux de profit, déclinants depuis la fin des années 1960, et qui s'inquiète face à la radicalisation et à la politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette offensive passe notamment par une attaque sur les programmes sociaux et les dépenses sociales de l'État et, au Québec, elle vise particulièrement le domaine des Affaires sociales. *On peut certainement considérer que la remise en question, à partir de 1974, du modèle initial des CLSC s'inscrit dans ce contexte.*

Ceci nous offre d'ailleurs un début d'explication pour comprendre plus particulièrement le caractère très rapide de la remise en question du modèle initial (dès 1974 alors que les CLSC sont créés en 1971). Nous avons vu que la Réforme des Affaires sociales a été réalisée tardivement au Québec, soit au sommet d'un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs. Nous avons vu également que cette « exception québécoise » peut nous permettre de comprendre qu'un modèle comme celui des CLSC – c'est-à-dire aussi proche du point de vue des travailleuses et des travailleurs – ait été implanté au Québec, et pas ailleurs (voir *supra*, chapitre 7). Or, le « retard » du Québec dans le développement de ses politiques sociales signifie également que *le programme des CLSC a été créé au moment même où, partout dans le monde occidental, mais aussi au Québec, s'amorçait une offensive de la classe (et de l'État) capitaliste contre les acquis sociaux des travailleuses et des travailleurs*.[612]

On a vu également que face à la résistance et à la combativité – exceptionnelles considérant les taux de chômage croissants – de la classe des travailleuses et des travailleurs, cette offensive n'aura qu'un succès mitigé et ce, jusqu'à la fin des années 1970. Or, *il semble qu'il en va de même en ce qui concerne la remise en question – ou la « normalisation » – des CLSC*. En effet, bien qu'elle trouve un certain aboutissement dès 1977 au niveau des officines ministérielles, ses effets ne se feront pas sentir sur le terrain avant la fin de la décennie. Autrement dit, durant toute la période des années 1970, qui correspond aussi à une période de combativité et de mobilisation intense des travailleuses et des travailleurs, le modèle des CLSC continue, sur le terrain, de correspondre pour l'essentiel au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs et ce, malgré la redéfinition du modèle que tente d'imposer le MAS.

---

[612] Ceci ne permet toutefois que de comprendre partiellement la remise en question aussi rapide du modèle des CLSC. Il est très clair en effet que le caractère « dérangeant » de ces établissements, et en particulier de l'action communautaire, a joué ici un rôle décisif. Nous y reviendrons, et nous verrons que des rapports de classe sont ici aussi à l'œuvre.

La troisième période correspond aux années 1980, et débute au moment où s'accomplit – grâce au choc monétaire décidé par les banques centrales (et plus largement au virage néolibéral amorcé par les gouvernements) et à la récession économique qui s'ensuit – le renversement du rapport de force entre les classes. Alors que s'était construit, durant les années d'après-guerre, un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs – qui culmine durant les années 1960-1970 avec la radicalisation et la politisation de cette classe – le virage néolibéral du début des années 1980 permet de restaurer le pouvoir économique et politique de la classe capitaliste. *Or, c'est aussi à partir de ce moment que la redéfinition du modèle initial des CLSC initié par le ministère en 1974 – redéfinition qui, rappelons-le, tend fortement à rapprocher le modèle des CLSC du point de vue de la classe capitaliste – parviendra à s'incarner sur le terrain.*

Tout indique donc que l'évolution du rapport de force entre les classes a eu un effet au moins indirect sur l'évolution du modèle initial des CLSC durant la période étudiée. En particulier, l'affaiblissement du mouvement syndical et le renforcement de la classe capitaliste peut certainement contribuer à expliquer que le modèle des CLSC se soit progressivement (mais rapidement) éloigné du point de vue du mouvement syndical et rapproché de celui du milieu des affaires. Plusieurs des personnes ayant participé aux entretiens établissent d'ailleurs un lien entre, d'une part, le virage que subit au début des années 1980 le modèle « réel » des CLSC et, d'autre part, le virage néolibéral, la crise économique et le renversement du rapport de force entre les classes qui s'amorcent à la même époque. Ainsi, lorsque questionné sur ce qui explique selon lui les transformations du modèle des CLSC, un organisateur communautaire répond :

> Tu ne peux pas faire autrement que de faire une analyse très large [...] Le changement de climat. La montée du néolibéralisme, particulièrement à partir des années 1980, début des années 1980. [...] Ça, ça a changé la donne au niveau économique [...] et le reste a suivi. Au niveau politique, il faut réorganiser les affaires. (Entretien 7)

Voyons d'abord l'impact que l'affaiblissement du mouvement syndical est susceptible d'avoir eu sur l'évolution du modèle des CLSC.

9.3.2 Impacts de l'affaiblissement du mouvement syndical sur l'évolution du modèle initial des CLSC

La plupart des personnes ayant participé aux entretiens considèrent que l'affaiblissement du mouvement syndical provoqué par le renversement du rapport de force – et la « déradicalisation » subséquente des centrales syndicales – ont joué un rôle important dans les transformations subies par le modèle des CLSC à partir du début des années 1980. Par exemple, une organisatrice communautaire affirme : « C'est sûr que ça correspond aussi à ce qui se passait dans les années 1980. Il y a eu un déclin, il y a eu des luttes très très dures qui ont été un peu cassées, en tout cas sur le plan syndical. Je pense que ça correspond à tout ça aussi. » (Entretien 18) Selon elle, les conséquences de ces défaites ont été très importantes, et notamment pour l'action communautaire au sein des CLSC :

> Il y a eu un resserrement politique partout partout. [...] Tout ce qui était éducation, qui avait un peu une consonance socio-politique a été... [...] Ils ont pris tous les moyens pour couper ça. Soit en évitant d'engager des personnes qui pouvaient poser beaucoup de questions, couper les salaires, couper les programmes qui étaient du côté de la formation, de l'éducation... Ça a été pareil du côté international [...]. C'est comme ça qu'ils ont arrêté d'engager des organisateurs communautaires, qui étaient un petit peu trop dérangeant, et qu'ils ont arrêté... je ne sais pas comment ils l'ont fait à l'intérieur des CLSC, mais tout le monde est rentré dans le moule. Mais c'est vrai que dans les périodes de crise – et s'en était une, il n'y avait plus de job, c'était rendu tellement difficile de trouver un emploi, qu'il y a comme une espèce de repli. (Entretien 18)

Un autre organisateur communautaire va dans le même sens, insistant particulièrement sur la défaite syndicale du secteur public au début des années 1980 : « Parce qu'en 1982 ça a été la première grande défaite du mouvement syndical et après ça un peu tout

le monde… » (Entretien 10) Fait intéressant, cet organisateur communautaire voit la hausse des taux d'intérêt et le virage néolibéral comme un moment décisif dans le renversement du rapport de force :

> [En réaction à l'inflation gallopante,] le mouvement syndical s'est mis à faire un mouvement de réouverture des conventions avec des grèves illégales en 1974 pour les clauses d'indexation. Et on en a gagné plusieurs. Et puis là ce qui était à la mode : on va geler les salaires, on va geler les prix, mais le mouvement syndical a réagi par une grève générale en 1976. Ils prenaient la classe ouvrière comme classe de front, la classe s'organisait alors ils ont dit : on va trouver mieux, on va monter les taux d'intérêt. Là on pogne ça par individu, tu comprends. Il y a eu un mouvement pour faire baisser les taux d'intérêt, mais c'était chaque individu qui était pris avec sa banque et son… C'est de même qu'ils ont pu prendre le dessus et que le néolibéralisme a pris le dessus. (Entretien 10)

Il ressort également des entretiens que si l'affaiblissement du mouvement syndical a eu des impacts sur les transformations du modèle des CLSC, c'est notamment parce que les syndicats jouaient un rôle important de défense du modèle initial, et en particulier de l'action communautaire. Ceci n'est d'ailleurs pas surprenant lorsque l'on considère le rôle joué par le mouvement syndical dans la création de ce modèle d'établissements au Québec (voir *supra*, chapitres 4 à 7). Ainsi, un organisateur communautaire affirme : « Moi je pense que [les syndicats ont été des alliés des CLSC] presque tout le temps. […] Je pense que tout ce qui regarde la santé, les syndicats n'étaient pas loin. » (Entretien 2) Un organisateur communautaire d'une autre région, insistant lui aussi sur le rôle des centrales (et en particulier de la CSN) pour défendre le modèle des CLSC, affirme que la CSN a fait des campagnes de promotion des CLSC durant les premières années. Il raconte qu'« un moment donné, il y a eu des slogans, genre : 'Un CLSC, ouvres-en un !' Il y en a un super que tu vas bien voir en quelque part, je m'en rappelle : 'Docteur, j'ai mal au CLSC !' » (Entretien 17)

Ce même organisateur communautaire raconte comment la combativité des travailleuses et des travailleurs de son CLSC ont permis, à au moins une occasion,

d'éviter des coupures de postes décidées par l'administration au tournant des années 1980 : suite à une occupation du CLSC durant quatre ou cinq jours, le ministère impose finalement au conseil d'administration de ne pas couper les postes et de rémunérer rétroactivement (mais partiellement) les grévistes, malgré le caractère illégal de leur arrêt de travail[613]. Un autre organisateur communautaire parle lui aussi de « grosses batailles » contre les compressions dans les CLSC et affirme : « C'est parce qu'on s'est syndiqué qu'il y a pu avoir des résistances aux coupures. » (Entretien 10) Plus encore, il souligne que ces résistances n'ont pas été le seul fait des syndicats directement impliqués dans les CLSC : « il y avait eu un appui massif des syndicats du secteur privé à cette bataille-là » (entretien 10). Une organisatrice communautaire souligne que ce genre de soutien « intersyndical » était très fréquent durant la période de radicalisation et de politisation des années 1970 :

> C'était général. Et c'était vrai sur le plan syndical aussi. Moi j'ai milité syndicalement et sur le plan syndical on ne parlait pas juste de convention collective. On parlait de globalement améliorer la situation des travailleurs pour que ça influe sur l'ensemble de la société. On parlait de justice sociale et on se battait pour ! [J'ai] participé à des lignes de piquetage alors que ce n'était pas mon syndicat ! [...] Ça faisait partie de ça. C'est pour ça que ça a été possible. (Entretien 18)

De même, plusieurs des actions de mobilisation auxquelles ont participé les organisatrices et les organisateurs communautaires des CLSC ont été organisées en étroite collaboration avec les syndicats, y compris ceux du secteur privé. Par exemple, une organisatrice communautaire explique que les activités en santé et sécurité au travail était organisées « beaucoup en lien avec les syndicats du coin. On était proche du conseil central de la CSN qui avait un volet de santé et sécurité au travail qui était

[613] Un directeur de CLSC relate lui aussi l'occupation de son bureau lors d'une des négociations de la convention collective (entretien 14).

important. Ça se faisait en collaboration et en soutien mutuel avec les syndicats de la région. » (Entretien 18)[614]

Plusieurs personnes mentionnent également le rôle joué par les syndicats pour protéger l'action communautaire au sein des CLSC. Des organisateurs communautaires affirment ainsi s'être syndiqués en bonne partie pour se protéger contre les risques inhérents à leur travail, « dérangeant » par définition :

> On a fondé le premier syndicat en 75 [...] parce qu'on s'est dit : 'Si on n'est pas supportés par un syndicat qui est fort, on risque de se faire planter un par un.' On savait qu'on dérangeait. C'était très très dérangeant. On a fait des actions politiques qui ont dérangé dans la région. [...] Donc le syndicat a été quelque chose de bien bien important. (Entretien 4)

De même : « Une chance [qu'on s'est syndiqué] parce qu'ils nous auraient mis dehors. Quand il y a eu le conflit, on était rendu plus nombreux, ils nous auraient mis dehors. Mais là on était syndiqués CSN alors... » (Entretien 17) Cet organisateur communautaire affirme d'ailleurs qu'il s'agissait là de la principale motivation de son équipe pour se syndiquer :

> On se disait : Un moment donné si ça ne fonctionne pas ils peuvent nous mettre dehors n'importe quand. [...] Nous autres le communautaire, si on n'avait pas été protégés par le DG ou par un syndicat... Quand t'as un dossier qui est chaud, t'es employeur, tu t'en débarrasses [...] C'est sûr que les syndicats CSN ont protégé beaucoup l'action communautaire. Parce que si t'avais pas été syndiqué, ou en tout cas avec la CSN qui était revendicatrice et militante, l'action communautaire je ne suis pas sûr qu'on aurait fait ce qu'on a fait. (Entretien 17)

Inversement, plusieurs personnes dénoncent le virage « corporatiste » ou « professionnel » des syndicats à partir du début des années 1980, établissant un lien clair entre ce virage et celui qui se produit dans le modèle des CLSC :

---

[614] Nous reviendrons plus loin sur quelques luttes spécifiques, dont plusieurs concernent cet enjeu (voir *infra*, section 9.3.3).

> Quand je suis parti, on avait deux trois syndicats. Mon dieu seigneur ! C'était pas les syndicats CSN qu'on a connu dans les années 1980 ! [...] Au début on avait un syndicat CSN pour tout le monde, y compris les infirmières. [...] L'unité, c'était ben plus facile de faire des mouvements. (Entretien 17)

Un autre organisateur communautaire va dans le même sens :

> Je reviens à ma question du syndicalisme. On en a eu besoin et le syndicat à cette époque-là, jouait un rôle qui était un rôle déterminant de support aussi à l'action communautaire. Ça s'est perdu par la suite. C'est devenu très corporatiste les syndicats. [...] On a comme tout évacué le côté politique des revendications. [...] Autant les CLSC se sont transformés, le syndicalisme québécois s'est transformé aussi. Ce n'est plus un syndicalisme qui défend les intérêts nécessairement en solidarité avec les autres. C'est devenu un syndicalisme d'affaires. [...] Les syndicats ont laissé tomber un moment donné ces luttes-là. (Entretien 4)

Il semble donc que l'affaiblissement du mouvement syndical à partir du début des années 1980 a pu jouer un rôle dans les transformations subies par le modèle au même moment – transformations qui tendent à l'éloigner du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs. Il ressort en effet des entretiens que la combativité et la politisation du mouvement syndical durant les années 1970 a permis de défendre et, dans une certaine mesure, de préserver le modèle initial, en particulier en ce qui concerne le rôle et la place de l'action communautaire. Tout indique que la collaboration entre les syndicats – y compris dans le secteur privé – et les organisatrices et les organisateurs communautaires de même que la force des syndicats au sein des CLSC ont contribué au fait que l'action communautaire a pu prendre durant toutes les années 1970 une forme très proche de celle mise de l'avant par le mouvement populaire et ce, malgré les tentatives de redéfinition et d'encadrement du ministère.

Dans cette optique, il est clair que le renversement du rapport de force entre les classes et l'affaiblissement de la classe des travailleuses et des travailleurs qui s'en est suivi ont signifié que le mouvement syndical était beaucoup moins en mesure de faire rempart aux tentatives de transformations du modèle des CLSC initiées par le ministère. De plus, le repli et la « déradicalisation » des centrales syndicales ainsi que

leur virage vers une approche de collaboration et de partenariat avec l'État et le patronat ont signifié qu'elles étaient aussi, désormais, moins susceptibles de s'engager activement auprès de l'action communautaire. Si l'affaiblissement du mouvement syndical semble avoir laissé le champ libre à la redéfinition du modèle initial des CLSC dans un sens plus proche du point de vue de la classe capitaliste, nous verrons maintenant que celle-ci a quant à elle joué un rôle non seulement indirect, mais aussi un rôle *direct* pour favoriser cette évolution.

9.3.3 La classe capitaliste et l'abandon rapide du modèle initial des CLSC

Avant d'amorcer cette discussion, précisons une chose : encore une fois, il ne s'agit pas de nier ici le rôle crucial qu'ont joué les médecins – et particulièrement la FMOQ – dans les transformations subies par le modèle initial des CLSC. Comme on l'a vu au chapitre précédent, la FMOQ est en effet intervenue avec force – et avec succès – pour modifier le modèle. En particulier, l'offensive orchestrée par la FMOQ a clairement été décisive dans le processus de « résidualisation » des CLSC, et la fédération a aussi fait pression pour réduire le poids démocratique des usagères et des usagers sur le conseil d'administration des établissements et ce, au profit des médecins bien sûr. La très grande majorité des personnes ayant participé aux entretiens – y compris Claude Castonguay lui-même – ont également insisté sur le rôle central des médecins dans l'abandon rapide du modèle initial des CLSC.

Toutefois, rappelons ici que la puissance de la profession médicale et sa capacité à imposer son point de vue et ses intérêts n'est pas étrangère au rôle historique joué par la classe capitaliste dans la constitution de la profession médicale (voir *supra*, chapitre 2). De plus, le rôle important joué par les médecins n'exclut pas que le milieu des affaires ait lui aussi joué un rôle dans cette évolution, et l'hypothèse est d'autant plus

pertinente à considérer que le modèle des CLSC se rapproche du point de vue de la classe capitaliste en même temps que celle-ci parvient à renverser le rapport de force en sa faveur. À cet égard, rappelons également que les affinités idéologiques (ou la correspondance des points de vue) entre la classe capitaliste et les médecins, de même que la très forte convergence de leurs intérêts en ce qui concerne l'enjeu des CLSC, ne sont pas le fruit du hasard : elles correspondent à une proximité de classe entre ces deux groupes (voir *supra*, chapitre 2). Rappelons d'ailleurs ici que selon Lesemann, les médecins ont, dans leur lutte contre le modèle des CLSC, reçu « le soutien financier de grandes banques canadiennes qui se disent prêtes, en collaboration avec des firmes pharmaceutiques de l'Ontario et des États-Unis à favoriser le développement des équipements médicaux privés [en concurrence directe avec les CLSC]. » (1979, p. 11)

Cette proximité est d'ailleurs clairement illustrée par le contraste frappant entre les diverses réactions de la CCPQ face aux lois spéciales forçant le retour au travail des médecins d'une part, et des travailleuses et des travailleurs du secteur public d'autre part. Alors que la CCPQ est pour le moins complaisante à l'égard de la grève des médecins spécialistes de 1970 et qu'elle se dit outrée par la loi spéciale qui leur impose de retourner dans les hôpitaux, elle appui vigoureusement les lois spéciales destinées aux travailleuses et aux travailleurs, faisant même des appels répétés à une plus grande sévérité de la part du gouvernement. Enfin, l'antipathie des médecins à l'égard des CLSC ne suffit pas à expliquer la bureaucratisation grandissante du modèle et le déclin de la participation qui s'ensuit, ni d'ailleurs l'acharnement du ministère sur l'action communautaire (bien que les médecins ne soient pas non plus très sympathiques à cette nouvelle approche dans le domaine socio-sanitaire). Or, comme nous le verrons, le milieu des affaires québécois a lui aussi de bonnes raisons de souhaiter des modifications importantes tant sur le plan de la participation populaire que sur celui de l'action communautaire.

De manière plus générale, il semble assez clair que la classe capitaliste est, tout comme les médecins d'ailleurs, plutôt antipathique au modèle des CLSC. Le *Rapport du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales* (Rapport Gobeil) donne une bonne idée de l'opinion du milieu des affaires québécois sur ces établissements. Publié en 1986, ce rapport est un de ceux commandés par le gouvernement Bourassa au début de son mandat de 1985. Parmi les cinq membres de ce groupe de travail, quatre proviennent directement du milieu des affaires. Son président, Paul Gobeil, était PDG de Provigo Distribution avant de devenir président du Conseil du trésor (le rapport sera d'ailleurs surnommé le « Rapport Provigo » dans les milieux syndicaux et communautaires) et les autres membres sont respectivement : président du conseil et chef de la direction de la Banque nationale du Canada ; président du conseil et chef de la direction de Provigo Inc. ; et premier vice-président de la Banque d'Épargne (devenue Banque Laurentienne). Le seul membre de ce groupe qui n'est pas directement issu du milieu des affaires est un avocat et politicien de carrière.

Sans surprise, le rapport recommande la privatisation de certains services de soutien dans les hôpitaux, la privatisation de la gestion de certains hôpitaux et même la privatisation complète des hôpitaux de petite ou moyenne taille. Quant aux CLSC, on recommande carrément leur abolition : « Du point de vue de l'utilisation optimale des ressources, le comité est d'avis que le gouvernement devrait sérieusement remettre en question le réseau des C.L.S.C. » (Gobeil, 1986, p. 34) On s'attaque particulièrement aux CLSC urbains (qui étaient aussi les CLSC les plus « militants ») qu'on recommande de démanteler tout en préservant certains de leurs mandats, qu'on confierait désormais aux municipalités :

> Dans les milieux urbains, où on trouve une offre de services plus développée, les C.L.S.C. ne devraient plus offrir les services de soins de santé qui sont dispensés par les cliniques privées ou externes des centres hospitaliers. Les C.L.S.C. urbains pourraient toutefois continuer d'offrir les services en milieu scolaire, les services à domicile et les services de santé maternelle et infantile. Compte tenu de la nature des services, plutôt que de maintenir une structure corporative

> indépendante avec conseil d'administration, les C.L.S.C. pourraient être confiés aux municipalités qui devraient recevoir en contrepartie une compensation financière sous forme de revenus autonomes. (Gobeil, 1986, p. 34)

Par ailleurs, le Rapport Gobeil se prononce également sur la « gouvernance[615] » des établissements de santé dans un sens qui confirme l'antipathie de la classe capitaliste à l'égard du modèle de gestion participatif établi dans le réseau par la LSSSS de 1971. En particulier, on critique la présence, au sein des conseils d'administration des établissements, de membres liées et liés à ces mêmes établissements. Les membres du Groupe de travail considèrent ainsi que les conseils d'administration des établissements « ne devraient pas comprendre de personnes qui sont associées à l'établissement. » (Gobeil, 1986, p. 35) De plus, on rejette l'ouverture à la démocratisation des conseils d'administration et on recommande plutôt que leurs membres soient en partie directement nommées et nommés par le ministre, et en partie choisies et choisis par cooptation par les membres nommées et nommés par le ministre :

> En plus du directeur général, deux ou quatre personnes, selon le cas, pourraient être nommées par le ministre et les autres seraient choisies par cooptation. Tous les membres qui ne sont pas nommés d'office devraient venir de l'extérieur de l'établissement afin de ne pas être en conflit d'intérêt. (Gobeil, 1986, p. 35)

Si les prises de positions du Rapport Gobeil ont le mérite d'être très claires, elles ne sont pas nouvelles au sein du milieu des affaires. En effet, ses considérations pour « l'utilisation optimale des ressources » rappellent celles de la CCPQ qui, comme nous l'avons vu, exprime elle aussi clairement 1973 et de nouveau en 1974 des inquiétudes quant aux coûts et à l'efficacité du programme des CLSC et des doutes quant aux bénéfices attendus de ce programme. En 1974, les CLSC sont même présentés dans le mémoire annuel de la Chambre comme un de ses principaux sujets de préoccupation

---

[615] Bien que ce terme n'était pas encore, à l'époque, devenu un incontournable du discours sur l'administration (et en particulier l'administration publique), on constate que certains des grands principes de la « bonne gouvernance » (notamment l'insistance sur « l'indépendance » des membres des conseils d'administration) étaient déjà promus durant les années 1980 – et même, comme nous le verrons, dès les années 1970 – par le milieu des affaires.

dans le domaine des Affaires sociales. Dans son mémoire de 1975, la CCPQ ne mentionne pas directement les CLSC mais critique de nouveau « la mise en œuvre de programmes d'envergure sans en connaître les coûts et les conséquences à moyen et long terme » (CCPQ, 1975, juin). Elle recommande au gouvernement, « avant de mettre en œuvre quelque nouveau programme de sécurité sociale que ce soit », et particulièrement « dans le cas des soins de santé », « de s'assurer de l'efficacité des sommes dépensées afin d'éviter le gaspillage et de ramener ces coûts à un niveau plus près de la moyenne canadienne. » (CPPQ, 1975, juin) Considérant les critiques formulées les années précédentes et compte tenu du fait qu'il s'agit d'un des seuls programmes à engager de nouvelles dépenses sociales à avoir été créé durant les années 1970, on peut certainement penser que ces critiques ciblent en fait, de nouveau, le programme des CLSC.

De plus, le milieu des affaires multiplie à la même époque les pressions en faveur d'une réforme des conseils d'administration dans les services publics, et en particulier dans les secteurs de l'éducation et des Affaires sociales. Les prises de positions de la classe capitaliste vont ici aussi dans le même sens que celles du Rapport Gobeil. Ainsi, le Conseil du patronat informe ses membres en janvier 1973 que « [d]ans les suites de l'adoption de la LSSSS », il a

> fait des représentations auprès du gouvernement pour demander 'au gouvernement de surseoir à la mise en application des articles 49 à 60 de cette loi, articles qui prévoient le démantèlement des actuels conseils d'administration et leur remplacement par de nouveaux conseils sur lesquel [sic] siègeraient [sic] tout un éventail de représentants des diverses couches de la société.' (CPQ, 1973, janvier)

Le CPQ fait ces pressions principalement au nom d'une « gestion efficace des établissements de santé. » (CPQ, 1973, janvier) Ses craintes sont telles qu'il craint, dans le cas où le gouvernement irait de l'avant, pour « la survie des institutions québécoises consacrées aux services sociaux et de santé ». (CPQ, 1973, janvier) En

effet, selon lui, les « orientations » de la loi en ce qui concerne la composition des conseils d'administration « pourraient compromettre sérieusement toute velléité d'une gestion vraiment efficace des établissements de santé au Québec en modifiant substantiellement le statut actuel des conseils d'administration de ces organismes ». (CPQ, 1973, janvier) Dans cette optique, le CPQ insiste non seulement sur « l'importance d'une administration saine et efficace de nos institutions consacrées aux services sociaux et de santé », mais aussi, pour y parvenir, sur « l'importance de la composition de conseils d'administration compétents et habiles à réaliser cette administration saine et efficace » (CPQ, 1973, janvier), ce qui exclut bien sûr la plupart des personnes issus des milieux populaires et favorise au contraire les gestionnaires professionnelles et professionnels, généralement plus proches du milieu des affaires.

C'est d'ailleurs au nom des mêmes préoccupations que le CPQ revient à la charge en 1974. Le Conseil du patronat s'inquiète alors d'un amendement proposé à la LSSSS :

> Tel que rédigé en effet, cet article, qui régit les conflits d'intérêt possibles entre les membres du Conseil d'administration d'un établissement et l'établissement lui-même, *risque d'empêcher des hommes de valeur de siéger sur les Conseils d'administration de nos divers services de santé*. Il s'agit pourtant, selon le CPQ, d'établissements dont le budget peut dépasser, dans certains cas, les $ 30 millions et on doit apporter le plus grand soin à la nomination de ceux qui auront la charge de gérer de telles sommes. (CPQ, 1974, novembre)

Si on justifie ces pressions par un souci de compétence et de gestion efficace, il est très clair que des considérations plus « politiques » motivent également le CPQ, qui craint que la participation populaire dans les conseils d'administration serve d'outil d'organisation socio-politique et devienne une source de contestation sociale. Lors des représentations effectuées en 1972, le CPQ évoque en effet aussi « l'expérience malheureuse vécue en d'autres secteurs para-gouvernementaux qui ont connu des structures similaires à celles prévues à la loi no 65 » et « le noyautage systématique de ces conseils d'administration qu'entendent réaliser certains groupes sociaux plus ou moins initiés à la gestion de tels types d'institutions » (CPQ, 1973, janvier) pour

appuyer sa demande de « sursis » dans l'application des articles de la LSSSS modifiant la composition des conseils d'administration. Bien que ces autres « secteurs para-gouvernementaux » ne soient pas explicitement nommés, on peut penser que « l'expérience malheureuse » évoquée par le CPQ concerne notamment celle des cégeps qui, à partir de 1974 (et donc au même moment que les CLSC), se retrouvent dans la mire de la Chambre de commerce.

En effet, dans un mémoire soumis cette année-là au Conseil supérieur de l'éducation, la CCPQ recommande « d'exclure des conseils d'administration des cégeps, les représentants des parents des étudiants et, en général, tous les employés d'un cégep » (CCPQ, 1974, juin). La parenté avec les positions exprimées dans le Rapport Gobeil est d'ailleurs ici frappante. Comme le CPQ, elle évoque des raisons d'efficacité pour motiver sa recommandation : « Les chambres de commerce estiment qu'on a voulu transformer le cadre traditionnel d'un conseil 'd'administration' pour en faire un conseil de 'participation' et qu'on a ainsi paralysé complètement, ou presque, l'administration des cégeps. » (CCPQ, 1974, juin) Il est toutefois aussi très clair que des motifs plus politiques font également partie des préoccupations de la CCPQ : selon elle, en raison de sa démocratisation, le conseil d'administration des cégeps est

> devenu, en fait, un lieu d'affrontement où des parties adverses bloquent les décisions au nom d'intérêts particuliers ou encore négocient âprement des compromis. 'La vie du conseil d'administration a été déterminée par l'action militante des syndicats, la contestation étudiante, [etc.]' (CCPQ, 1974, juin)

Et à l'instar des recommandations du CPQ concernant les établissements socio-sanitaires, « [l]es chambres de commerce estiment qu'il vaudrait mieux remplacer ces gens par des personnes 'ayant une expérience reconnue en administration'. » (CCPQ, 1974, juin)

Précisons toutefois que l'antipathie de la classe capitaliste à l'égard de la participation populaire au sein des conseils d'administration des établissements du secteur

parapublic ne signifie pas qu'elle souhaite un encadrement bureaucratique accru, par l'État, de ces établissements. Au contraire, nous avons vu que lors des débats entourant le projet de loi 65, le milieu des affaires, et en particulier la CCPQ, se prononce clairement contre ce qu'elle considère comme une « centralisation » de la gestion du réseau socio-sanitaire qui dépouille les conseils d'administration d'une partie importante de leurs pouvoirs (voir *supra*, chapitre 6).

De manière cohérente avec ces positions antérieures, la CCPQ recommande au gouvernement, dans son mémoire annuel de 1975, une décentralisation du système d'éducation pour que les conseils d'administration des cégeps puissent jouer pleinement leur rôle. Cependant, elle souhaite que ces conseils d'administration décentralisés soient pour l'essentiel dominés par des personnes proches du milieu des affaires. Ainsi, la CCPQ recommande, en même temps que la décentralisation, des modifications considérables au niveau de la composition des conseils d'administration des cégeps, modifications qui vont dans le sens de celles demandées l'année précédente. Ainsi, elle recommande notamment que « [l]es étudiants, les professeurs et, en général, les employés d'un collège ne puissent faire partie du conseil d'administration » et que « [l]es membres du conseil d'administration d'un cégep [aient] une expérience reconnue en administration » (CCPQ, 1975, p. 19). À cela s'ajoute un rejet du processus démocratique d'élection des membres du conseil d'administration, auquel on préfère plutôt la nomination de tous ses membres par le gouvernement « à partir d'une liste de noms suggérés par les corps intermédiaires socio-économiques du milieu où rayonne l'action du collège. » (CCPQ, 1975, p. 19)

Dans son mémoire de 1976, la CCPQ réitère son appel à la décentralisation et à la réforme des conseils d'administration qu'elle étend cette fois à l'ensemble du « secteur para-public », mais qui concerne en particulier les « institutions d'éducation ou de soins de santé » (CCPQ, 1976, p. 5). Bien qu'à cette occasion, elle exprime de nouveau des préoccupations pour « l'efficacité » de la gestion de ces établissements, il est

encore une fois évident que des considérations politiques motivent aussi ces pressions. En effet, la CCPQ situe clairement ces demandes – qu'elle présente d'ailleurs comme prioritaires – dans le climat social et politique défavorable qui affecte alors le Québec (et que, rappelons-le, elle dénonce par ailleurs fortement à cette époque (voir *supra*, section 9.2.1.2)) :

> Nous avons, *dans ce contexte d'environnement socio-politique*, une *première recommandation* à communiquer au gouvernement : 'D'initier immédiatement les mécanismes de décentralisation des décisions administratives pour le secteur para-public en y incorporant des incitations appréciables à l'efficacité. (CCPQ, 1976, p. 5)[616]

Tout comme en 1975, cet appel à la décentralisation n'est cependant pas un appel à l'élargissement de la participation. Au contraire, on déplore que « [l]es administrateurs, tant au niveau des établissements hospitaliers que des CEGEPS et des commissions scolaires sont continuellement aux prises avec les expectatives de la population et les exigences de leurs employés » (CCPQ, 1976, p. 5). Autrement dit, on déplore le fait que la démocratisation des conseils d'administration ait contribué à l'accroissement des demandes populaires auprès des pouvoirs publics, ou du moins à une plus grande sensibilité des administrations à ces demandes. En 1977 c'est le Conseil du patronat qui revient à la charge avec une analyse « [d]es moyens de développer la participation au Québec » qui le « conduit à rejeter [...] [l]a participation imposée par la législation parce qu'on n'impose pas le sens des responsabilités ; parce que les expériences déjà faites (ex. : cégeps et hôpitaux) ont donné des résultats douteux » (CPQ, 1977, mai). Les formes de participation que promeut alors le CPQ sont, pour l'essentiel, la convention collective, l'information et la consultation.

Malgré ce qui a toutes les apparences d'une véritable campagne contre la démocratisation des conseils d'administration dans le secteur parapublic (et en particulier dans les secteurs de l'éducation et des Affaires sociales) durant les années

---

[616] C'est moi qui souligne.

1970, et malgré les critiques répétées de la CCPQ à l'égard des CLSC vers le milieu de la décennie, rien n'indique dans la documentation analysée que le milieu des affaires québécois se soit engagé dans une offensive majeure directe contre les CLSC. Néanmoins, il n'est pas banal que les critiques de la CCPQ aient été formulées précisément à l'époque où le MAS amorce sa remise en question du modèle initial des CLSC.

De plus, à ces pressions directes pour une plus grande efficacité économique des CLSC s'ajoutent durant la même période non seulement des pressions fortes pour une remise en question de la participation populaire sur les conseils d'administration du secteur parapublic, mais aussi, comme on l'a vu, des pressions importantes en faveur d'une restriction des dépenses sociales de l'État, en particulier dans le domaine des Affaires sociales, au point où on peut effectivement parler dans ce cas d'une véritable offensive de la part de la classe capitaliste. Comme cela a été mentionné plus haut, cette offensive s'amorce au début des années 1970 mais s'intensifie à partir de 1973-1974 soit, encore une fois, juste au moment où le ministère entame sa remise en question CLSC.

Si l'opération de restriction des dépenses publiques (et particulièrement des dépenses sociales) effectivement conduite par le gouvernement à partir du début des années 1970 ne peut pas être uniquement considérée comme le résultat des pressions exercées en ce sens par la classe capitaliste, on peut certainement penser qu'elles y ont joué un rôle. *Or, il est très clair que cette opération de restriction des dépenses budgétaires dans le domaine des Affaires sociales a elle-même joué un rôle important dans la redéfinition du modèle des CLSC.* On a vu notamment que le ministère, tant sous Forget que sous Lazure, justifie en bonne partie par des considérations budgétaires le processus de « résidualisation » des CLSC amorcé en 1974. Ces restrictions budgétaires – et leur impact sur le modèle initial des CLSC – ont d'ailleurs été ressenties sur le terrain. Ainsi, pour expliquer qu'« un moment donné le concept de CLSC, qui avait été voté à l'unanimité et qui avait été investi par plein de monde, a commencé à avoir de l'eau

dans le gaz » (entretien 14), un directeur de CLSC qui a aussi été administrateur dans un CRSSS insiste sur « la dimension budgétaire, qui n'a pas suivi » :

> C'est que là on s'est mis à se confronter à la fameuse question des restrictions budgétaires. C'est que là le ministère était le premier à vouloir les implanter mais un moment donné on frappait à la porte et il n'y avait plus d'argent ! Moi j'ai connu ça ! [Dans une ville] on s'est pointé en 1975 avec une demande de budget de démarrage et l'argent avait été distribué. Il n'y en avait plus. Donc là la fameuse question des disponibilités budgétaires s'est posée et puis après s'est posée la question de l'État-providence. (Entretien 14)

Un organisateur communautaire souligne lui aussi le rôle joué par les compressions budgétaires (et la crise économique du début des années 1980) dans le virage du modèle initial des CLSC. En particulier, il souligne que ces restrictions ont contribué à limiter la « marge de manœuvre » des CLSC :

> Et là nous on l'a senti le virage en 1981-1982-1983-1984. Et là il y a eu aussi une crise économique et en 1981, il y a eu pas des coupures, mais disons des compressions. Mettons que le coût du système est de 3.5%, on avait 2. Le budget ne diminuait pas, sauf que ta marge de manœuvre, elle diminuait. Et ça les CLSC on s'est fait un peu tasser. [...] Pour les CLSC de génération 1970, ça a été un tournant majeur. Majeur majeur majeur. (Entretien 17)

Il établit un lien clair entre la crise économique, un changement dans le rapport de force et les compressions budgétaires, qu'il présente surtout comme un outil stratégique dans la réorientation du modèle des CLSC, en particulier en ce qui concerne l'encadrement et la bureaucratisation accrue de leurs activités :

> Au début on demandait un budget et il y avait l'argent. Mais [...] il y a eu la fameuse crise. [...] Et là il y a eu des compressions. Et là ça a changé le rapport de force et... Pas juste des compressions. [...] En 1980-1982-83, il fallait avoir un programme, et ils taguaient le budget [...] par rapport à un programme. Et ils ne donnaient pas ce que tu demandais. Au début, ils le donnaient. Les premières années, c'était beau. Après ça ils ont commencé à compresser et à ne pas donner ce qui était demandé. Et quand ils taguaient les budgets, c'est bien de valeur mais si t'avais 100 000 pour un programme, tu ne pouvais pas aller à côté trop

> trop. [...] C'était une façon... pas de nous tenir, mais d'orienter l'établissement. (Entretien 17)

Un autre organisateur communautaire fait aussi remarquer que « le financement, c'est le nerf de la guerre. Si on veut affaiblir les CLSC, c'est bien facile, ça passe par le budget. Le parachèvement des CLSC ne s'est pas fait, et c'est beaucoup avec des contraintes budgétaires. » (Entretien 4)

Par ailleurs, nous avons vu que l'offensive de la classe capitaliste contre les dépenses sociales de l'État passe également par des récriminations répétées concernant les besoins grandissants et les demandes croissantes de la population à l'égard de l'État. En cela, le milieu des affaires québécois rejoint le diagnostic posé à la même époque par la Commission trilatérale, qui voit dans un excès de demandes adressées à l'État une des causes de la « crise de la démocratie ». Nous avons vu également que, du point de vue du milieu des affaires, il semble que la démocratisation des conseils d'administration dans le secteur parapublic exacerbe ce « problème » (d'où les pressions pour réformer ces conseils en favorisant la nomination de véritables gestionnaires – et donc de personnes proches du milieu des affaires – plutôt que l'élection de leurs membres). Or, il s'avère que les CLSC – qui sont eux-mêmes les établissements où s'est incarnée avec le plus de force l'ouverture à la démocratisation du réseau socio-sanitaire –, et en particulier l'action communautaire, sont rapidement devenus des « vecteurs » importants de demandes sociales dirigées vers les pouvoirs publics.

Il ressort en effet clairement des entretiens que plusieurs CLSC ont, du moins durant leurs premières années d'existence, été des instruments au service des milieux populaires pour identifier leurs besoins et problèmes sociaux et pour faciliter leurs demandes et leurs revendications auprès de l'État, des municipalités ou des députés. En fait, on considérait au sein de ces CLSC qu'il s'agissait-là précisément d'un des mandats importants de l'action communautaire. Et ceci est vrai même dans le cas de

CLSC qui n'étaient pas particulièrement revendicateurs. Du point de vue des pouvoirs publics, ceci a certainement rapidement posé un problème, *d'autant plus qu'au même moment, l'État était justement, par ailleurs, sous la pression du milieu des affaires pour réduire ses dépenses sociales*. Ainsi, un organisateur communautaire raconte :

> Un moment donné, ça c'est sérieux… […] Un député du PQ qui était élu [dans sa région] était allé voir le directeur du CLSC pour faire congédier les organisateurs communautaires. Il dit : 'Ils n'arrêtent pas de créer des besoins !' Il disait ça comme ça ! Le directeur était venu nous voir… on discutait de ça… (Entretien 7)

Un autre organisateur communautaire explique comment l'intervention directe dans les milieux permettait d'augmenter l'achalandage des consultations individuelles, mais comment elle permettait aussi un autre volet :

> L'autre volet qui était entre guillemets peut-être plus 'politique' ou 'social' ou 'revendicateur', oui ce volet-là c'était que les gens étaient mobilisés, étaient réunis donc c'était plus… peut-être plus simple de faire des demandes. Si tu fais une demande individuelle à ta municipalité, tu n'as pas d'impact. Mais si tu te retrouves 25 au conseil municipal, le soir, ça a un impact. Il y a eu des mouvements comme ça qui ont émergé dans les petites communautés. Sans que ce soit des affrontements, c'était, pour le pouvoir en place, plus achalant un peu. Et je pense que le gouvernement a fait une analyse de ça, lui aussi a vu venir ça. […] Si au Québec il y a 1300 municipalités, plus tous les quartiers des grands centres, qui sont mobilisés et qu'un moment donné il arrive un problème, imagines-tu ce qui peut se passer ? (Entretien 17)

Ceci nous ramène à l'autre dimension – plus politique – de la remise en question du modèle des CLSC. Comme cela a déjà été évoqué, plusieurs indices suggèrent que les réserves du milieu des affaires québécois à l'égard des CLSC ne sont pas uniquement motivées par les considérations d'efficacité économique mentionnées par la CCPQ dans ses critiques répétées du programme des CLSC. Comme le soulignent certains acteurs de l'époque, il ne faut pas perdre de vue que le poids budgétaire des CLSC était après tout presque insignifiant (même s'ils contribuent par ailleurs à simuler les demandes populaires, et donc les dépenses sociales de l'État). Selon un directeur de

CLSC ayant aussi été administrateur dans un CRSSS, le budget des CLSC a toujours été très limité, ne représentant à l'époque pas beaucoup plus que 3% de celui des hôpitaux. De même, lorsqu'on lui demande si des raisons budgétaires ont motivées selon lui le virage des CLSC durant les années 1980, un organisateur communautaire répond :

> Peut-être mais je regarde les budgets des CLSC… Un moment donné on avait fait une compilation et je pense que les CLSC on avait l'équivalent du budget de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui était peut-être de 280 millions pour tous les CLSC. Et si tu regardes les budgets des CLSC, tu vas voir qu'on ne parle pas de milliard. C'était des montants minimes par rapport aux hôpitaux. Alors si le ministère avait vraiment voulu développer les CLSC et garder une approche collective ou communautaire, il aurait pu mettre un peu de sous. […] Moi je pense que c'était plus politique. (Entretien 17)

Et en effet, certaines pressions exercées (au moins en partie) pour des raisons politiques par la classe capitaliste ont pu contribuer – bien qu'indirectement – à la remise en question du modèle initial des CLSC. Ainsi, on a vu que l'offensive menée par le milieu des affaires québécois contre la participation populaire au sein des conseils d'administration dans le secteur parapublic (et notamment dans le domaine socio-sanitaire) était motivée non seulement par un souci d'efficacité dans la gestion des fonds publics, mais aussi par la crainte qu'une telle démocratisation contribue au climat socio-politique de contestation et de revendication populaires tant décrié par la classe capitaliste durant les années 1970. De plus, il semble assez clair que la classe capitaliste souhaitait également préserver son pouvoir traditionnel au sein de ces établissements.

Bien sûr, ces pressions n'ont pas eu pour résultat (du moins pas avant les années 2000) d'éliminer le processus démocratique d'élection des membres des conseils d'administration des établissements du secteur parapublic (dont les CLSC). De même, ces pressions ne sont certainement pas la seule cause expliquant les réformes ayant conduit au déclin de la participation populaire au sein des CLSC. Néanmoins, et malgré le fait que la classe capitaliste s'oppose en principe à la bureaucratisation de la gestion

des établissements, on peut penser que, paradoxalement, l'offensive de la classe capitaliste en faveur d'une gestion efficace et professionnelle des établissements du secteur parapublic (et donc en faveur d'une réforme de la composition de leurs conseils d'administration), de même que ses pressions directes en faveur d'une plus grande efficacité des CLSC ont pu contribuer au resserrement de l'encadrement (et donc à la bureaucratisation accrue) des CLSC ce qui, comme on l'a vu, a eu pour conséquence un effritement progressif mais assez rapide de la participation populaire au sein de ces établissements.

Cette interprétation est d'autant plus plausible que : 1) les pressions en faveur d'une plus grande efficacité des CLSC se produisent en 1973-1974, et l'offensive de la classe capitaliste contre la participation populaire au sein des établissements est initiée à peu près au même moment, soit peu de temps avant que s'amorce effectivement le processus de bureaucratisation du modèle initial des CLSC ; 2) comme nous le verrons plus loin, l'ancien ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay, affirme lui-même en entretien que le ministère a agi en ce sens en bonne partie afin de limiter les tendances à la contestation sociale émanant des CLSC, ce qui correspond à l'une des motivations importantes du milieu des affaires pour s'opposer à la participation populaire au sein des établissements du secteur parapublic ; et 3) comme on l'a vu, ces modifications ont notamment pris la forme, dès 1974, d'une « professionnalisation » des gestionnaires de CLSC, ce qui colle aussi de très près aux revendications répétées tant de la CCPQ que du CPQ en ce sens.

À ce sujet, et au-delà de ces influences indirectes, l'anecdote suivante racontée par un directeur de CLSC et administrateur de CRSSS illustre bien comment l'influence du milieu des affaires sur les modes de gestion des CLSC a aussi été parfois très directe. Fait intéressant, cette anecdote renvoie d'ailleurs clairement aux récriminations d'un organisateur communautaire contre les « gérants Steinberg » mentionnées au chapitre précédent :

> J'ai des gens du privé qui m'ont appris beaucoup de choses. J'ai eu un moment donné comme président du conseil d'administration [d'un CLSC] un gars qui s'appelle [R. P.]. Ce gars-là, il a implanté les [magasins à grande surface]. Les [autres magasins à grande surface] c'est lui. Et avant il avait travaillé chez Steinberg. Alors quand tu parlais avec lui de communication ou de desserte clientèle… […]. On a développé un rapport de confiance et on faisait un assez bon tandem parce que… il m'avait mis en lien avec des gens de Steinberg pour dresser un portrait… ça c'était assez intéressant… À partir des données sociodémographiques, tu peux dresser un profil de tes clientèles. […] En publicité c'est très utilisé ça. Au lieu d'envoyer un pamphlet à tout le monde, le même pamphlet à tout le monde, segmenter et cibler tes clientèles. Steinberg avait développé […] des outils. […] À partir des données fines du recensement, tu pouvais identifier où étaient tes clientèles personnes âgées, ta concentration de familles monoparentales, des affaires comme ça. Le système statistique-clientèle on l'avait appareillé à ça […]. On a appris des affaires avec ça. (Entretien 14)

Par ailleurs, l'offensive du milieu des affaires contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public – elle aussi clairement motivée, comme nous l'avons vu, par des raisons politiques – est également susceptible d'avoir eu un effet (ici aussi indirect) sur l'évolution du modèle initial des CLSC. En effet, on a vu dans la section précédente que l'affaiblissement du mouvement syndical – non seulement dans le secteur public, mais aussi dans son ensemble – durant les années 1980 a contribué à laisser enfin le champ libre aux modifications du modèle initial des CLSC que le ministère tentait d'imposer depuis le milieu des années 1970. Or, il fait peu de doute que les pressions répétées de la classe capitaliste sur l'État pour que celui-ci adopte la ligne dure à l'égard des syndicats du secteur public ont au moins en partie contribué au durcissement des stratégies de négociations gouvernementales à partir des années 1970 et, devant l'échec relatif de ces stratégies, à l'offensive majeure décidée par le gouvernement au début des années 1980. Encore une fois, ceci est d'autant plus envisageable que, comme nous l'avons vu, le gouvernement justifie cette offensive par des préoccupations qui, ici aussi, collent de très près aux revendications du milieu des affaires (notamment en ce qui concerne la nécessaire parité des salaires et conditions de travail entre les secteurs public et privé).

De plus, il faut prendre en considération le fait que la Fédération des Affaires sociales (FAS-CSN), au sein de laquelle était syndiquée l'écrasante majorité des travailleuses et des travailleurs des CLSC (y compris, durant les années 1970, les professionnelles et les professionnels comme les infirmières ainsi que les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux), était aussi à l'époque un des syndicats les plus militants de la province. L'analyse faite par Jetté (1997) indique d'ailleurs que ce syndicat joue un rôle important dans la radicalisation du mouvement syndical québécois au cours des années 1970. En effet, si le secteur public est au Québec à l'avant-garde du secteur privé dans les luttes pour l'amélioration des salaires et des conditions de vie, il semble que la FAS soit quant à elle à l'avant-garde du secteur public. Jetté parle ainsi d'un accroissement important de l'influence politique de la FAS au sein de la CSN durant la décennie, notamment grâce à une augmentation du poids relatif de ses membres au sein de la centrale, mais aussi en raison de ses prises de positions progressistes et anti-corporatistes :

> Les stratégies adoptées par la FAS au cours des années 1970 auront donc été progressistes au plan social et salarial en permettant à des milliers de travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux de profiter de conditions de travail satisfaisantes. C'est d'ailleurs ce qui a permis au syndicalisme du secteur public de devenir 'la locomotive' de la CSN et du mouvement syndical au Québec au cours des années 1970. (Jetté, 1997, p. 76)

Dans cette optique, il n'est pas surprenant que, comme on l'a vu, ce syndicat – et, de manière plus générale, le secteur des affaires sociales – retiennent particulièrement l'attention du milieu des affaires dans son offensive contre le militantisme et la combativité des travailleuses et des travailleurs du secteur public. On peut penser en effet que la FAS était perçue comme une cible stratégique dans cette offensive. Or, le succès de celle-ci à partir des années 1980 aura un impact majeur sur la FAS comme sur le reste du mouvement syndical : « la crise que vit le mouvement syndical dans son ensemble se fait également sentir à la FAS et les années 1980 sont le théâtre d'un revirement important en regard de la position centrale qu'occupait la FAS au cours des

années 1970 au sein des mouvements sociaux. » (Jetté, 1997, p. 103) En ce qui concerne plus précisément sa position au sein du mouvement syndical :

> D'une position de 'locomotive' du mouvement syndical dans les années 1970, la Fédération glissera au rang de simple voiture à la remorque des décisions gouvernementales au cours des années 1980. La FAS se révèlera ainsi impuissante à influer de manière significative sur les transformations importantes qui ont cours dans le système de santé et des services sociaux durant cette période. (Jetté, 1997, p. 105)

Il fait donc peu de doute que cet affaiblissement marqué du principal syndicat actif au sein des CLSC a eu un impact important d'une part sur la capacité du ministère à réaliser les réformes qu'il souhaitait imposer depuis le milieu des années 1970 à ce modèle d'établissement, et d'autre part sur la capacité des travailleuses et des travailleurs des CLSC d'y résister.

Si les pressions exercées par la classe capitaliste en faveur d'une réduction des dépenses sociales de l'État, d'une réforme des conseils d'administration dans le secteur parapublic et d'une plus grande fermeté à l'égard des travailleuses et des travailleurs du secteur public ont certainement contribué – quoique de manière indirecte – à la redéfinition du modèle des CLSC amorcée par le ministère durant les années 1970, le milieu des affaires avait aussi à ce moment de bonnes raisons (encore une fois politiques) de souhaiter plus directement des réformes importantes du modèle initial des CLSC, en particulier au niveau de l'action communautaire[617]. Comme cela a été mentionné plus haut, l'offensive des médecins contre les CLSC, si elle contribue

[617] D'ailleurs, une chronique publiée dans le périodique officiel de la CCPQ illustre bien le peu de sympathie du milieu des affaires à l'égard de l'animation sociale (l'ancêtre de l'action communautaire), qu'on voit déjà en 1970 comme un ferment révolutionnaire. Cette chronique, qui imagine les stratégies machiavéliques élaborées par les révolutionnaires vouées et voués à la « destruction du pays », présente l'animation sociale comme l'une de ces stratégies : « Puis ils feront de l'animation sociale, histoire de sensibiliser au maximum chacun à son injustice, à sa frustration, à sa misère. Mais il est bien important que cette animation ne débouche sur aucune solution disponible. Il faudra incessamment formuler des demandes. Ces demandes devront être telles qu'il sera impossible au système de les satisfaire. » (CCPQ, 1970, décembre)

certainement à la « résidualisation » du modèle et à la préservation d'un certain pouvoir pour les médecins au sein de ses établissements (au détriment bien sûr d'une participation populaire plus importante), ne permet pas à elle seule d'expliquer les modifications majeures apportées par le ministère au mandat de l'action communautaire.

Bien sûr, la redéfinition importante de l'action communautaire que tente d'imposer le ministère à partir du milieu des années 1970 s'explique en partie par les stratégies particulières de restructuration de l'État-providence adoptées par le gouvernement de la province. On a vu en effet que cette restructuration passe notamment au Québec par un recours grandissant au secteur communautaire visant à permettre un retrait du secteur public, ce qui, évidemment, passe concrètement par la création d'organisations communautaires susceptibles de prendre le relai de l'État. Cette stratégie de désengagement de l'État (désengagement qui est lui-même certainement lié aux fortes pressions exercées en ce sens par la classe capitaliste depuis le début des années 1970) permet donc de comprendre en partie au moins la volonté du ministère de réorienter l'action communautaire au sein des CLSC sur la création de services communautaires.

Toutefois, cette réorientation vise aussi, et même *principalement*, à *détourner l'action communautaire de l'action politique*. L'analyse des documents ministériels effectuée au chapitre précédent laisse d'ailleurs peu de doutes sur les motivations du ministère dans sa redéfinition de l'action communautaire. On y affirme en effet tout à fait explicitement vouloir dépolitiser ce champ de pratique. Un organisateur communautaire ayant participé aux entretiens fait d'ailleurs l'hypothèse que la politisation de la santé et de la prévention qui se manifeste alors au sein des CLSC est en quelque sorte une conséquence de l'action communautaire qui était largement imprévue par le ministère : « Je pense [que Castonguay] s'est fait prendre un petit peu au dépourvu. » (Entretien 4) Ceci est confirmé par les déclarations de Castonguay lui-même qui, bien qu'il souligne lui aussi le rôle des médecins dans « l'échec » des CLSC,

affirme que c'est principalement parce que les CLSC étaient un vecteur important de contestation sociale que le modèle initial a été remis en question, y compris en ce qui concerne la participation et l'autonomie des établissements. Autrement dit, c'est ce qui a principalement motivé le ministère à resserrer le contrôle sur les CLSC (et sur l'action communautaire qui, comme on l'a vue, est particulièrement ciblée par la volonté d'encadrement accru des activités des CLSC). En effet, il semble qu'avant même l'arrivée de Claude Forget à la tête du ministère, les pressions contre ce modèle d'établissement étaient déjà très fortes :

> L'approche qu'on avait prise c'était de dire : on va laisser le plus de latitude possible aux CLSC de se développer selon les besoins de la population et on va essayer d'impliquer la population pour que, en interaction avec les gens dans les CLSC, on détermine la gamme de services qui devait être offert. Ça ne s'est pas déroulé tout à fait comme cela. [D'une part les médecins ne se sont pas engagés dans les CLSC, mais d'autre part] beaucoup de travailleurs sociaux et d'animateurs sociaux ont saisi l'occasion et au lieu de se concentrer sur le développement de services, les premières choses qu'ils ont fait ça a été de s'engager dans le mouvement de contestation. Alors ça, ça a créé une réaction, moi j'ai eu beaucoup de problèmes avec les députés qui se plaignaient que dans leur compté au lieu d'avoir un CLSC qui s'intéresse à développer des services, ils avaient des travailleurs, des animateurs sociaux qui leur faisaient la guerre, ni plus ni moins, en tous les cas qui contestaient ce qui se faisait. [...] Alors l'idée de laisser le plus de marge possible n'a pas donné les résultats qu'on escomptait. Alors tranquillement, graduellement le ministère, les organismes en place ont essayé de définir plus précisément ce que devrait être un CLSC et tranquillement uniformiser ce qu'ils font. (Entretien 9)

Par ailleurs, on a vu également qu'à partir de la fin des années 1960, la classe capitaliste est de plus en plus inquiète de la vague de contestation sociale qui affecte le Québec comme le reste du monde occidental, au point où elle craint durant les années 1970 pour la survie du système capitaliste lui-même. Or, au Québec, les CLSC contribuent clairement au climat de contestation sociale et participent de toute évidence à la radicalisation et à la politisation de la classe des travailleuses et des travailleurs qui, durant cette période, préoccupent tellement la classe capitaliste (et l'État). En fait, sans être l'unique ni même la principale source de contestation sociale qui marque la

période, les CLSC sont clairement identifiés par les actrices et les acteurs de l'époque comme un lieu où se concentrent les forces sociales progressistes – voire même révolutionnaires – du Québec. Un commentaire d'un organisateur communautaire de l'époque illustre bien cela : « Comme militant du Parti communiste ouvrier, [on savait que] la meilleure place pour recruter du *membership*, c'était dans les CLSC ! » Ceci fera d'ailleurs dire à un organisateur communautaire, lorsqu'on lui demande ce qui explique le changement d'attitude du ministère à l'égard des CLSC :

> Je pense qu'ils ont dû avoir peur. Je pense qu'ils ont dû avoir peur des couleurs que ça prenait. Et que [...] s'ils ont fait un moratoire, c'est que ça les tannait, ça pouvait peut-être faire comme du popcorn, s'en aller partout sans qu'il y ait de contrôle, peut-être c'est ça qu'ils ont vu. (Entretien 2)

Et en effet, il semble que les craintes de la classe capitaliste face à la vague de contestation sociale des années 1970, qui vont jusqu'à la peur d'un renversement du capitalisme lui-même, sont aussi partagées à l'époque par Castonguay, qui voit également dans les CLSC un des lieux importants de la contestation sociale au Québec :

> Il y avait un aspect qui était très clair à mon esprit, c'était que la contestation était très idéologique pour bien des gens. On contestait le système. Il ne faut pas oublier que ce n'était pas tellement loin après la guerre alors qu'en Europe encore, dans des pays comme l'Italie, la France, le communisme était encore très fort. Et en Italie et en France il y a des moments où les gens se sont demandé si ça ne basculerait pas du côté communiste. Ici [...] il y a eu la Révolution tranquille, mais ce n'est pas tout le monde qui voulait que ce soit tranquille. Il y avait une contestation idéologique. Il y avait bien du monde qui disait : le système capitaliste il faut mettre ça de côté. Et c'était plutôt cette dimension-là dont j'étais conscient, le fait qu'on ne contestait pas juste les mesures, mais on contestait tout le système dans lequel on vivait. [...] Les CLSC étaient un peu le point de rencontre entre [ces] idéologies. (Entretien 9)

Cette impression est d'ailleurs partagée dans un rapport sur les CLSC publié à la fin des années 1980 par celui qui était au début des années 1970 le sous-ministre aux Affaires sociales. Fait intéressant, Jacques Brunet établit comme Castonguay un lien clair entre les CLSC comme vecteurs de participation populaire et les CLSC comme

vecteurs de contestation sociale (ce qui correspond aussi à l'analyse faite par le milieu des affaires, qui voient dans la participation populaire au sein des conseils d'administration du secteur parapublic une source de contestation sociale) :

> Leur image a encore souffert des allégations voulant que les C.L.S.C. regroupent des personnes à tendances contestataires et même subversives. Au début des années soixante-dix, florissaient encore au Québec les mouvements de contestation. Il se trouvait forcément des extrémistes dans tous les milieux [...]. Leur présence a davantage été remarquée dans les C.L.S.C. puisque ce type d'établissement visait des objectifs de changement et de nouveauté en matière de santé, de services sociaux, de pratiques professionnelles, etc. Comme ils devaient favoriser la participation de la population, autant pour identifier les problèmes auxquels elle faisait face que pour trouver des moyens de résorber ces problèmes, il est clair qu'ils dérangeaient beaucoup de gens en place, en commençant par les élites locales. On n'a d'ailleurs pas manqué de qualifier certains C.L.S.C. de foyer de contestation et de révolution. (Brunet, 1987, p. 14)

On touche ici à un point crucial pour comprendre le rôle plus direct qu'a pu jouer la classe capitaliste dans la remise en question du modèle initial des CLSC, notamment en ce qui concerne le rôle et la place de l'action communautaire. On a vu que, très rapidement, le ministre des Affaires sociales subira la pression de ses députées et de ses députés qui se plaignent « que dans leur compté au lieu d'avoir un CLSC qui s'intéresse à développer des services, ils avaient des travailleurs, des animateurs sociaux qui leur faisaient la guerre, ni plus ni moins » (entretien 9). Or, nous verrons maintenant que sur la base des entretiens, on peut penser que certaines de ces députées et certains de ces députés *devaient elles-mêmes et eux-mêmes subir, au niveau local, la pression du milieu des affaires*. De plus, lorsque le sous-ministre de l'époque affirme que les CLSC « dérangeaient beaucoup de gens en place, en commençant par les élites locales », il ne précise pas que les élites *politiques* locales n'étaient pas les seules à être « dérangées » par les CLSC : dans plusieurs régions, *le milieu des affaires a aussi été directement « dérangé » par la contestation sociale stimulée par ces établissements, et en particulier par l'action communautaire*.

En effet, parce que les CLSC incarnaient à cette époque une conception large, sociale et même politique de la prévention et de l'action communautaire, ils ont souvent initié ou appuyé des mobilisations citoyennes autour d'enjeux socio-politiques liés à la santé. Or, les entretiens montrent que ces enjeux touchaient parfois (voire même souvent dans certaines régions) de très près le milieu des affaires. Un organisateur communautaire affirme ainsi : « On était souvent en conflit avec la chambre de commerce locale et les hommes d'affaires locaux. Et les politiciens locaux, municipaux. » (Entretien 2) Cet organisateur communautaire donne plusieurs exemples de conflits ayant impliqué le CLSC et le milieu des affaires, en particulier au sujet d'enjeux touchant l'aménagement du territoire :

> Il y avait un monsieur F., la peinture F. [...] Lui c'était un *money maker*... et avec la chambre de commerce. Alors il y avait tout le temps, tout le temps des confrontations. Il y a même eu une bataille [au sujet d']un terrain qui appartenait à la ville [...]. Là maintenant ce sont des commerces qui sont là, mais c'était un terrain qui appartenait à la ville et on voulait que ça soit des coops. (Entretien 2)

Plusieurs conflits ont ainsi opposé ce CLSC à des promoteurs immobiliers :

> Il y a eu une autre période aussi quand il y a eu un gros développement urbain. [...] C'est la famille B. qui a acheté les terrains. Ils négociaient avec les cultivateurs. Ils achetaient les terrains pour une bouchée de pain. [...] Les gens quand ils voyaient la sorte de développement qui était en train de se faire, ils n'aimaient pas ça. (Entretien 2)

Il est aussi très clair que la participation populaire à l'élaboration de la programmation du CLSC – stimulée par l'action communautaire – a joué un rôle important pour mobiliser les citoyennes et les citoyens autour de ces enjeux :

> [La lutte] a commencé à peu près au moment où les gens ont dit : 'On a un programme qui s'appelle aménagement du territoire.' [...] Un comité de vigilance a été mis sur pied. Les gens cherchaient à influencer les plans d'urbanisme. Ils se sont même battus contre un projet qui était sur une petite île [...] qui avait été achetée par les D. pour mettre des condos alors que cette île-là aurait pu être un parc. Les condos n'ont jamais vu le jour, mais les D. ont gardé

> l'île, et après ça ils l'ont revendu ça fait pas si longtemps à la ville [...]. Oui, ils ont contré ce développement-là. (Entretien 2)

Un organisateur communautaire d'un autre CLSC relate lui aussi une bataille importante – et très médiatisée à l'époque – liée à l'aménagement du territoire. Une grosse compagnie canadienne propriétaire d'un grand terrain industriel souhaitait dédier ce terrain, avec la complicité de la ville, au projet d'un promoteur commercial : la compagnie propriétaire du terrain « a des ententes avec des méga structures de services, de faire des gros centres d'achat. Un genre de grosse corporation qui fait des centres d'achat. » (Entretien 1) Le milieu communautaire, en collaboration avec le CLSC, s'est mobilisé contre ce projet, revendiquant le développement de logements sociaux plutôt que d'un centre commercial. Cet organisateur communautaire parle d'une forte mobilisation, menée par le comité logement et aidée par le CLSC, mobilisation qui a d'ailleurs aboutit à une victoire malgré la forte résistance de la municipalité et de la compagnie propriétaire du terrain. Mentionnant une mobilisation citoyenne dans un autre quartier contre un site privé d'enfouissement des déchets et dans laquelle était impliqué le CLSC de ce quartier, ce même organisateur communautaire parle de « beaucoup de chaudes luttes citoyennes, très associées au CLSC. Le CLSC est très mobilisateur à ce moment-là aussi dans ces luttes-là. » (Entretien 1)

Ailleurs, ce sont en effet plutôt les enjeux environnementaux et de santé et sécurité au travail qui ont suscité des conflits – parfois très importants – impliquant le CLSC et le milieu des affaires, et pas seulement les petites élites économiques locales. Un médecin ayant œuvré dans un CLSC d'une région très industrielle témoigne de nombreuses batailles contre plusieurs grosses usines (de minerai, de produits chimiques, d'armement, etc.) appartenant pour la plupart à des entreprises multinationales : « L'organisateur communautaire s'est impliqué pour aider à créer les groupes de revendications pour aller améliorer les conditions de vie de la population » autour de ces enjeux (entretien 3).

En tant que médecin, il a lui-même été impliqué dans plusieurs luttes concernant la santé et sécurité au travail. Dans un cas, les organisateurs communautaires du CLSC ont contribué à organiser une mobilisation citoyenne autour de la pollution au mercure d'un lac important de la région par une grosse compagnie de produit chimique. Cette mobilisation d'envergure s'est faite en collaboration avec le syndicat des travailleuses et des travailleurs de l'usine concernée : une brochure d'information sur cette pollution et ses risques pour la santé de la population environnante a été produite conjointement par le CLSC et le syndicat et distribué dans la communauté ; des conférences de presse et une grosse assemblée citoyenne ont été organisées, assemblée à laquelle ont participé une centaine de personnes ainsi que les médias ; et le syndicat (CSN) a financé une étude auprès des travailleuses et des travailleurs de l'usine pour évaluer les impacts de l'exposition au mercure sur leur santé, étude auquel il a lui-même participé en tant que médecin.

Dans sa région, un tel cas n'est pas isolé : « Il y en avait beaucoup beaucoup des petits projets semblables concernant l'état de santé des travailleurs dans les différentes usines. [...] On en a fait une aussi à [compagnie d'armement], connue pour être un milieu très néfaste pour la santé » (entretien 3), notamment à cause des explosions qui tuaient des travailleuses et des travailleurs. Ce médecin cite aussi une énorme étude faite dans une grosse compagnie de minerai d'une autre ville et à laquelle ont participé une dizaine de médecins de cliniques populaires et de CLSC (y compris lui-même) et environ 1000 travailleuses et travailleurs, sur une période de six mois. Cette étude a permis de faire reconnaître plusieurs maladies pulmonaires et oculaires comme maladies professionnelles à la CSST. De plus, cette étude n'a pas été réalisée sans accrochages importants avec la compagnie puisque, comme le précise le médecin impliqué : « Il y a même eu une occupation d'usine pendant l'étude. » (Entretien 3).

De plus, ce médecin confirme que le CLSC était très clairement identifié par le milieu des affaires concerné comme une des sources de mobilisation sur ces enjeux :

> Oui, oui, surtout ici, et à [autre ville] aussi parce que [...] à [autre ville] il y avait [des luttes] contre la pollution au zinc. Ici c'était contre la pollution de [usine de produits chimiques], la question des maladies pulmonaires. [Dans trois autres grosses usines métallurgiques ou fonderies], c'était une question de chaleur. Et le CLSC était par le biais de l'organisateur communautaire souvent [impliqué], ou juste par le biais du CLSC parce que souvent ce qu'on faisait, c'est que, [...] si tu veux faire reconnaître ta maladie [comme maladie professionnelle], tu viens au CLSC et ils vont ouvrir un dossier à la CSST. Les médecins au privé ils ne voulaient jamais, ils ne faisaient jamais reconnaître les maladies du travail. Mais au CLSC on ouvrait des dossiers pour les maladies du travail et les compagnies ici, surtout [usine métallurgique], n'étaient pas contentes. Et ils réagissaient vraiment négativement contre les médecins qui [...] faisaient connaître les maladies à la CSST. (Entretien 3)

Ce même médecin, qui insiste par ailleurs sur le rôle de la FMOQ dans la remise en question du modèle des CLSC, confirme également que les compagnies concernées par les mobilisations ouvrières et citoyennes faisaient des pressions sur le CLSC ou tentaient des représailles, notamment contre lui :

> Au niveau des organisateurs communautaires oui. Il y avait beaucoup des... ils essayaient souvent de bloquer le travail, probablement pas directement, [...] mais surtout des pressions au niveau du conseil d'administration pour essayer de... fffft !... l'organisateur communautaire. Ça pas vraiment marché parce qu'il y avait quand même beaucoup de liberté. Personnellement je me rappelle par exemple [usine métallurgique] : ils ont monté un dossier au Collège des médecins contre moi parce que j'ouvrais trop de dossiers sur les maladies du travail, mais ça n'allait nulle part. Une fois ils ont voulu me congédier du conseil d'administration et c'est passé par un vote et je n'ai pas été congédié. [...] C'est des choses comme ça. Ils essayaient de mettre de la pression sur le conseil d'administration de façon indirecte pour essayer de contrôler des travailleurs et travailleuses ici. (Entretien 3)

Un organisateur communautaire d'une ville voisine soutient lui aussi que le CLSC, et en particulier l'action communautaire, était dérangeant pour l'élite, et notamment pour les médecins, mais aussi pour le milieu des affaires de la région, qui faisait selon lui des pressions sur les partis politiques contre ce qui était perçu comme une source dangereuse de mobilisation et de contestation sociale :

> [Les médecins] voyaient qu'au plan communautaire, il y avait comme un bouillonnement, et que les organisateurs communautaires jouaient un rôle qui était à caractère socio-politique. Et ça c'était très dérangeant. Je te parle dans les années 1975, [...] dans ma communauté, c'était très très dérangeant. [...] Ce bouillonnement-là faisait en sorte que ça faisait peur aux élites. Quand j'entends les élites, beaucoup beaucoup le monde des affaires. [...] La pression venait beaucoup plus de l'extérieur que de l'interne. Donc il y avait une pression des hommes d'affaires qui influençait aussi les politiques, je veux dire les partis politiques, à l'époque c'était le Parti libéral. Donc il y avait beaucoup de pression qui était faite. Ils disaient ces organisations-là, dans le fond c'est des organisations qui peuvent à la limite être dangereuses pour le milieu parce qu'ils suscitent ce qu'ils disaient eux autres le côté critique. (Entretien 4)

Ce même organisateur communautaire donne l'exemple d'une mobilisation organisée autour d'une problématique liée à la qualité de l'eau potable :

> Un exemple : il y avait une problématique de l'eau [dans sa ville], l'eau potable, qui n'était pas potable effectivement. Depuis des années les gens se rendaient malades en buvant cette eau-là, et il y avait une volonté populaire de la population de se prendre en main et de forcer la ville de [...] à avoir un réseau d'eau potable. Et ça a été une bataille assez importante qui a été menée d'ailleurs par ce comité-là avec [un autre organisateur communautaire du CLSC]. Et moi j'avais des liens avec cette table-là. (Entretien 4)

Or, le milieu des affaires s'opposait au projet parce qu'il signifiait des augmentations importantes de taxes foncières. Même chose en ce qui concerne la lutte contre la pollution occasionnée par les industries de la région, lutte d'ailleurs menée en collaboration avec les syndicats locaux et avec l'appui de la centrale syndicale (CSN) :

> Le CLSC avait mis sur pied un comité de citoyens pour réclamer des mesures pour que la ville soit moins polluée. Mais en même temps il y avait un groupe qui était contre la bataille parce qu'ils disaient [...] on va perdre des emplois. Le syndicat était là-dedans, les intervenants étaient là-dedans, donc ça a été des luttes qui ont été difficiles parce que c'était clivé. Il y avait une partie de la population, montée particulièrement par les commerçants de [la ville], contre. Parce qu'ils prétendaient que : un, ça nuisait à la réputation de [la ville] ; deux, ils risquaient de perdre des emplois parce que les compagnies partiraient. Parce que nous on voulait forcer les compagnies à assumer leurs responsabilités au niveau de la

> pollution [...]. Les syndicats étaient en appui à ça. Le syndicat local était en appui et la CSN a appuyé à cette époque-là. (Entretien 4)

Cet organisateur communautaire mentionne également « les luttes en appui aux syndicats des travailleurs. Ça il y a eu beaucoup beaucoup de luttes de ce côté-là », en particulier en ce qui concerne les enjeux de santé et sécurité au travail (entretien 4). Il précise également qu'il était tout à fait évident que le CLSC était impliqué dans ces « turbulences ». En fait, le CLSC était même associé à des actions qu'il n'avait pas nécessairement contribué à organiser.

Un organisateur d'une autre région relate lui aussi plusieurs batailles – dont certaines majeures – avec le milieu des affaires. Il présente d'ailleurs ainsi le mandat de l'action communautaire dans les CLSC :

> La chambre de commerce ils se sont organisés eux autres, ils ont des moyens de s'organiser. Les gens qui sont aux prises avec des problèmes n'ont pas de moyens de s'organiser. Nous notre job c'est de leur donner des moyens pour être capables de s'organiser pour défendre leurs intérêts. (Entretien 7)

La question des logements sociaux a été un enjeu majeur dans sa région, et elle a souvent impliqué des confrontations non seulement avec l'administration municipale, mais aussi avec des promoteurs immobiliers. À partir du CLSC se sont en effet organisé des pressions très fortes sur la municipalité pour avoir accès à des terrains en vue de la construction d'habitations à loyer modique, terrains pour lesquels les projets de logements sociaux étaient en compétition avec ceux des promoteurs privés. Il parle à ce sujet de « plusieurs années de luttes dures avec le conseil municipal. » (Entretien 7) De plus, le CLSC de sa région s'est aussi impliqué dans des luttes écologiques qui dépassaient largement l'échelle locale. Il relate notamment le cas d'une catastrophe écologique importante impliquant une grosse compagnie pétrolière :

> Dans une carrière, une ancienne carrière, une compagnie a fait des déversements d'huile usée, et ça a pollué la nappe phréatique sur une très grande [superficie].

> [...] Tous les puits artésiens ont été condamnés. [...] Ça a été une grosse bagarre dans le coin. Et ça a été difficile, c'est une bagarre difficile.

Une organisatrice communautaire et une infirmière relatent quant à elles une bataille locale contre le système de chambres à louer – et donc contre les propriétaires de ces chambres – qui prévalait à l'époque dans un quartier défavorisé de leur ville. Bien que le CLSC, et en particulier les organisatrices et les organisateurs communautaires, se soit ici aussi fortement impliqué dans la question de la santé et sécurité au travail (toujours en collaboration étroite avec les syndicats locaux et régionaux), c'est selon elles l'enjeu des chambres à louer qui a été le plus mouvementé : « Le mouvement des chambreurs et tout ça, ça, ça a dérangé ! Parce que ça a mené à faire des visites et à travailler pour améliorer l'hygiène dans ces chambres là et évidemment ça a dérangé les propriétaires de chambres, ça c'est évident ! » (Entretien 18) Notamment, le CLSC avait contribué à faire fermer un des hôtels de chambres pour insalubrité. L'organisatrice communautaire insiste sur le fait que cette lutte, qui s'est étendu sur plusieurs années, était si dérangeante que sans le soutien de l'ensemble du CLSC, les postes des organisatrices et des organisateurs communautaires à l'origine de l'action auraient pu être menacés :

> Je trouve que c'est une belle illustration cette affaire-là de collaboration parce que c'était un problème qui était socio-sanito-communautaire. C'était vraiment... les infirmières étaient impliquées, je ne sais pas si les travailleurs sociaux étaient impliqués à ce moment-là, et l'organisateur communautaire. Il fallait que tout le monde travaille parce que sinon... il fallait que le directeur et la boîte comme tel, le CLSC soit d'accord, parce que sinon, tu te fais mettre à la porte ! Donc il fallait que tout le monde soit d'accord pour mener cette action-là parce que ça avait un impact politique bien sûr. (Entretien 18)

À ce sujet, cette organisatrice communautaire montre bien comment, de par son caractère politique, ce genre d'action est dérangeante tant pour les élites politiques que les élites économiques (ici, les propriétaires des maisons de chambres) locales et comment, malgré son caractère pourtant très local, elle peut rapidement avoir une incidence qui déborde les limites du quartier :

> Quand tu fais des pressions… tu es obligé d'impliquer la ville, s'il y a un problème sanitaire, tu es obligé d'impliquer la ville pour faire faire des visites. Parce que si tu veux avoir une action contre les propriétaires pour qu'ils fassent le ménage, il faut que tu aies une crédibilité, et ça c'est la ville qui peut débarquer et qui dit : il y a un problème d'hygiène et on va faire fermer ça. Et l'impact politique c'est au niveau des logements. Si un moment donné tu fermes toutes les maisons de chambres, eh bien là c'est des itinérants que tu ramasses, et t'es pas plus avancé. Donc il faut que ça pose le problème des logements sociaux. (Entretien 18)

Ces témoignages ne signifient pas, bien sûr, que les luttes organisées par les CLSC et impliquant le milieu des affaires ont été généralisées, ni qu'elles ont eu un impact majeur sur la classe capitaliste québécoise dans son ensemble. On a vu d'ailleurs qu'on ne peut parler, malgré des critiques répétées à leur égard, d'une véritable campagne du milieu des affaires contre les CLSC. Cependant, ces nombreux exemples de luttes organisées par les CLSC – et plus précisément par les organisatrices et les organisateurs communautaires – et ciblant directement le milieu des affaires (y compris parfois des entreprises d'envergure internationales) permettent d'apporter une précision pour le moins importante aux analyses de l'histoire des CLSC recensées en introduction de la thèse.

En effet, plusieurs d'entre elles considèrent que le caractère « dérangeant » des CLSC a clairement contribué à la remise en question du modèle initial dès le milieu des années 1970. Toutefois, hormis quelques vagues mentions des « élites locales », aucune de ces analyses ne précisent *qui au juste* était dérangé par les CLSC. Or, il est désormais très clair que les CLSC, et en particulier l'action communautaire, ont été dérangeants pour les élites politiques, mais *également* pour le milieu des affaires québécois. Ceci est d'autant plus vrai que, comme on l'a vu, les CLSC sont très clairement identifiés par les actrices et les acteurs de l'époque comme une des sources importantes du climat socio-politique de contestations sociales qui inquiète tant la classe capitaliste durant cette période. Dans ce contexte, on peut certainement penser que des pressions sont

aussi venues de ce côté pour tempérer les ardeurs révolutionnaires de ces « nids de socialistes ».

Quoiqu'il en soit des pressions directes qu'a pu exercer le milieu des affaires québécois sur les autorités municipales, sur les députées et les députés, sur les partis politiques ou sur le ministère lui-même au sujet des CLSC, il est très clair que l'offensive capitaliste amorcée au début des années 1970 et le renversement du rapport de force entre les classes qui se produit finalement au début des années 1980 ont eu un impact majeur sur l'histoire de ces établissements, et notamment sur la redéfinition rapide du modèle initial. Sans même que cette offensive cible directement les CLSC (ce qui a parfois été le cas), l'attaque contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public, l'assaut sur les dépenses sociales de l'État et la remise en question de la participation populaire dans le secteur parapublic – attaques qui visent toutes particulièrement le domaine des Affaires sociales – a sans aucun doute contribué à la remise en question de ce modèle d'établissement socio-sanitaire, initiée d'ailleurs au moment où l'offensive capitaliste s'intensifie. De même, le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste à partir du début des années 1980 – et l'affaiblissement concomitant du mouvement syndical, qui n'est plus à partir de ce moment en mesure d'être un allié de poids dans la défense du modèle initial des CLSC – a aussi clairement facilité la redéfinition de ce modèle dans un sens qui l'éloigne du point de vue des travailleuses et des travailleurs et qui le rapproche au contraire de celui du milieu des affaires.

9.4 Conclusion

Nous sommes donc désormais en mesure d'affirmer que les rapports entre les classes – et en particulier l'évolution du rapport de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1970-1980 – a eu un impact

décisif sur l'abandon rapide du modèle initial des CLSC. Le chapitre précédent a permis de montrer que si, dans un premier temps, ce modèle a pris sur le terrain une forme très proche du point de vue et des revendications des mouvements syndical et populaire (au point où il a dans plusieurs cas dépassé les limites du modèle prévu par le ministère et officialisé dans la LSSSS), sa remise en question par le ministère à partir de 1974 a eu comme conséquence de le rendre de plus en plus conforme au point de vue de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire.

Or, l'analyse faite dans le présent chapitre nous amène à conclure que cette évolution n'est pas le résultat d'une simple coïncidence : elle correspond en fait à l'évolution du rapport de force entre les classes, marquée durant les années 1970 par une radicalisation et une combativité exceptionnelle des travailleuses et des travailleurs, et durant les années 1980 par un renversement majeur en faveur de la classe capitaliste. Plus encore, cette analyse nous permet de constater une corrélation forte entre, d'une part, le décalage temporel observé au chapitre précédent entre le moment où le ministère amorce la redéfinition du modèle initial des CLSC (au milieu des années 1970) et le moment où celle-ci est ressentie sur le terrain (à partir du début des années 1980) ; et d'autre part, le décalage temporel observé dans le présent chapitre entre le moment où la classe capitaliste amorce son offensive visant à renverser le rapport de force en sa faveur (au début des années 1970, mais plus intensivement à partir du milieu de la décennie) et le moment où le renversement se produit effectivement (au début des années 1980).

Plus concrètement, tout indique que la force du mouvement syndical et la radicalisation et la combativité des travailleuses et des travailleurs durant les années 1970 ont contribué non seulement à défendre au cours de cette période le modèle initial contre les tentatives de redéfinition du ministère, mais aussi à le rapprocher sur le terrain du modèle radical des cliniques populaires en lui donnant une couleur contestataire imprévue par le ministère – de même qu'un caractère démocratique qui allait dans

certains cas beaucoup plus loin que l'ouverture à la participation inscrite dans la loi. Inversement, il semble clair que l'affaiblissement du mouvement syndical – et de manière plus générale de l'ensemble de la classe des travailleuses et des travailleurs – suite au renversement du rapport de force qui se produit au début des années 1980 a en quelque sorte laissé le champ libre aux velléités de réformes ministérielles en même temps qu'il rendait le mouvement syndical beaucoup moins apte (et aussi beaucoup moins disposé) à se poser en allié de la dimension contestataire portée par l'action communautaire au sein des CLSC.

D'autre part, il est aussi très clair que l'offensive menée par la classe capitaliste à partir du début des années 1970 – offensive qui vise à restaurer son pouvoir économique et politique face à la double menace posée : 1) par le déclin de ses taux de profits et 2) par la vague de contestations socio-politiques qui déferle sur le monde occidental au tournant de la décennie – a contribué à la remise en question du modèle initial des CLSC à partir du milieu des années 1970. Cette offensive, qui n'est pas propre au Québec, se manifeste partout par une offensive de la classe (et de l'État) capitaliste contre les attentes, les salaires, les conditions de travail et les capacités organisationnelles des travailleuses et des travailleurs. Au Québec, elle prend aussi plus particulièrement la forme, d'une part, d'un assaut contre les droits syndicaux des travailleuses et les travailleurs du secteur public (qui sont à l'époque parmi les plus combatifs au Québec, et même en Amérique du Nord), et d'autre part, d'un assaut contre les dépenses sociales de l'État.

Or, ce double assaut cible aussi particulièrement le domaine des Affaires sociales, duquel relèvent les CLSC, et il se produit alors que ces établissements agissent au même moment dans bien des cas comme des « vecteurs » de demandes sociales adressées aux pouvoirs publics, qui sont par ailleurs sous la pression de la classe capitaliste pour réduire leurs dépenses sociales. Il fait donc peu de doute que les « contraintes budgétaires » auxquelles réfère le ministère à partir du milieu des années

1970 pour justifier processus de « résidualisation » des CLSC s'inscrivent en partie au moins dans ce contexte et qu'elles doivent être comprises en lien avec les fortes pression exercées par le milieu des affaires à la même époque pour un meilleur contrôle des dépenses sociales, notamment en santé et services sociaux. De même, on peut certainement penser que l'attaque majeure du début des années 1980 décidée par le gouvernement contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public – et qui aura un impact décisif sur l'affaiblissement du mouvement syndical québécois dans son ensemble, mais en particulier bien sûr dans le secteur public – n'est pas étrangère à l'assaut de la classe capitaliste contre le secteur public, surtout si l'on considère le fait que les motivations du gouvernement sont à ce sujet très proches des préoccupations et revendications martelées par le milieu des affaires tout au long des années 1970.

Et bien qu'on ne puisse parler de véritable campagne ouverte du milieu des affaires québécois à l'encontre des CLSC, ceux-ci ont tout de même été directement visés par les critiques répétées de la Chambre de commerce et ce, précisément au moment où s'amorce la remise en question du modèle initial. De plus, le milieu des affaires québécois a aussi multiplié durant la même période les critiques à l'égard de la participation populaire et les pressions en faveur d'une professionnalisation des conseils d'administration des établissements du secteur parapublic (en particulier dans les domaines de l'éducation et des Affaires sociales). Ces critiques, faites au nom d'une plus grande efficacité, sont aussi explicitement motivées par le fait que la participation populaire est perçue comme une source de contestation sociale, dans un contexte où la classe capitaliste est justement très inquiète du climat socio-politique de la province, marqué comme ailleurs par la politisation et la radicalisation des travailleuses et des travailleurs.

S'ajoute à cela le fait que les CLSC eux-mêmes sont clairement identifiés par les actrices et les acteurs de l'époque (y compris par Claude Castonguay et Jacques Brunet, respectivement ministre et sous-ministre des Affaires sociales au début des années

1970) comme un des lieux importants où se concentrent les forces sociales contestataires du Québec et, en cela, ils sont considérés comme participant directement au climat de radicalisation socio-politique que craint le milieu des affaires (et l'État). Ceci est d'autant plus vrai que la Fédération des affaires sociales (CSN), qui syndique à l'époque la très grande majorité des travailleuses et des travailleurs de CLSC, est elle-même considérée par certains comme la locomotive du mouvement syndical québécois. Le caractère « dérangeant » des CLSC est d'ailleurs généralement reconnu comme une des causes de la remise en question du modèle initial. Le présent chapitre a toutefois permis de préciser que les CLSC (et en particulier l'action communautaire), en voulant s'attaquer aux causes sociales et politiques de la maladie, ont aussi été, et à plusieurs occasions, une source de contrariété importante non seulement pour les élites politiques, mais aussi directement pour le milieu des affaires.

Clairement, les tendances au déclin de la participation populaire (qui, comme nous l'avons vu, est aussi perçue comme une source de contestation sociale) et à la dépolitisation de l'action communautaire (qui passe notamment par la restriction de son champ d'intervention) au sein des CLSC peuvent difficilement être comprises sans tenir compte de ce contexte, tout comme la tendance à la « résidualisation » des CLSC (que les ministres successifs justifient en bonne partie par des « contraintes budgétaires ») doit quant à elle être comprise en lien avec l'offensive de la classe capitaliste contre les dépenses sociales de l'État. Sans remettre en question le rôle crucial joué par les médecins dans l'abandon rapide du modèle initial des CLSC (en particulier en ce qui concerne la « résidualisation » de ce programme), tout indique donc que la classe capitaliste a elle aussi contribué au moins indirectement, et probablement aussi plus directement, à l'évolution de ce modèle dans un sens qui correspond davantage à son point de vue et à ses intérêts.

Par ailleurs, la perspective large retenue ici a également permis de faire voir que derrière le « contexte économique » difficile des années 1970 et 1980, qui intervient en

toile de fond de la plupart des explications de l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, se profilent aussi des rapports de classe. Au cœur des difficultés économiques qui affectent la plupart des pays occidentaux durant années 1970 – difficultés qui, selon plusieurs analyses, prennent racine dans l'intensification de la compétition intercapitaliste et, peut-être dans une moindre mesure, dans l'intensification de la lutte entre capitalistes et travailleuses et travailleurs pour le partage des fruits de la (désormais beaucoup plus modeste) croissance – se trouve en effet un déclin du taux de profit, qui se manifeste dès la fin des années 1960 et qui affecte bien sûr d'abord et avant tout la classe capitaliste. Autrement dit, c'est la classe capitaliste qui, dans un premier temps (et durant toutes les années 1970) porte principalement le poids du ralentissement économique.

C'est dans ce contexte (et aussi dans celui de la politisation et de la radicalisation grandissante des travailleuses et des travailleurs qui, du point de vue de la classe capitaliste, sont de plus en plus menaçantes) qu'il faut comprendre l'offensive de cette classe amorcée au début des années 1970 et notamment, au Québec, l'offensive contre les dépenses sociales de l'État. Dans cette optique, les « contraintes budgétaires » pesant sur le MAS et justifiant les restrictions imposées dans le secteur des Affaires sociales (y compris aux CLSC) apparaissent moins comme des contraintes « objectives » que comme le résultat de choix politiques de la part du l'État. Le caractère éminemment politique des choix opérés par l'État face aux difficultés économiques des années 1970 est d'ailleurs particulièrement évident dans le cas du choc monétaire brutal décidé par les banques centrales de plusieurs pays au début des années 1980, qui ont pour objectif conscient et qui auront effectivement pour résultat non seulement de maîtriser l'inflation, mais aussi de faire exploser les taux de chômage et de plonger l'économie de la plupart des pays occidentaux dans une profonde récession. Autrement dit, ces choix politiques auront essentiellement pour effet de transférer le poids de la crise économique du milieu des affaires à la classe des

travailleuses et des travailleurs et, du même mouvement, de renverser le rapport de force en faveur de la classe capitaliste.

Dans cette perspective, la « crise de l'État-providence » – dans laquelle s'inscrit aussi l'évolution du modèle des CLSC – n'apparaît plus comme la conséquence automatique de facteurs économiques « objectifs » et désincarnés, ni non plus comme le fruit d'une « crise de légitimité » dont on ne connaîtrait pas les actrices et les acteurs (*qui au juste* questionne la légitimité de l'État-providence ?). En fait, à partir du début des années 1970, et de manière plus intense à partir du milieu de la décennie, l'État-providence est partout dans le monde occidental un des lieux stratégiques de l'offensive capitaliste pour la restauration de son pouvoir économique et politique. Les systèmes publics de sécurité sociale subissent l'assaut du milieu des affaires non seulement pour des raisons économiques (les politiques sociales représentent une ponction supplémentaire grevant leur taux de profit), mais aussi, et peut-être même principalement, pour des raisons politiques : la combativité exceptionnelle des travailleuses et des travailleurs reposant en bonne partie, durant les années 1970, sur la sécurité économique relative assurée par le cadre institutionnel des années d'après-guerre (dont l'État-providence est une des composantes essentielles), il devient crucial, au moment où la classe capitaliste est incapable de briser la résistance des travailleuses et des travailleurs pour limiter suffisamment la croissance de leurs salaires, de restaurer l'effet disciplinaire du marché du travail ou, autrement dit, l'incitation au travail, à laquelle nuisent les politiques sociales.

À cet égard, la « résidualisation » des CLSC amorcée dès 1974 – et, de manière plus générale, la redéfinition du modèle initial – apparaît comme une manifestation précoce des stratégies indirectes de désengagement de l'État qui se généraliseront durant les années 1980 et qui passent notamment par une remise en question détournée du caractère universel des politiques sociales. En effet, ces stratégies, plutôt que de s'engager de manière frontale dans un démantèlement des programmes et une réduction

marquée des dépenses sociales, prennent plutôt la forme d'une restructuration de ces programmes dans un sens qui correspond davantage au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste en matière de politique sociale, notamment en ce qui concerne l'incitation au travail. De même, le programme des CLSC ne sera pas carrément aboli, ce qu'aurait sans doute, tout comme les médecins, préféré le milieu des affaires (et ce, même s'il ne menace pas directement l'incitation au travail comme le font les programmes de sécurité du revenu) ; il sera plutôt « normalisé » ou, autrement dit, redéfini d'une manière plus acceptable – et moins dérangeante – pour la classe capitaliste.

Enfin, et bien que cette question dépasse le cadre de la présente thèse, les analyses de la crise économique et de l'évolution du rapport de force entre les classes depuis le début des années 1970 utilisées ici concluent toutes que la restauration du pouvoir économique et politique de la classe capitaliste réalisée au début des années 1980 n'a pas, à ce jour, subie de contestation suffisamment sérieuse pour être de nouveau véritablement menacée. Autrement dit, un nouveau renversement du rapport de force – cette fois en faveur de la classe des travailleuses et des travailleurs – ne s'est pas produit. Dans ce contexte, et considérant la corrélation forte observée entre l'évolution du modèle initial des CLSC et l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970-1980, l'approfondissement durant les dernières décennies des tendances à la résidualisation, au déclin de la participation populaire et à la dépolitisation initiées au milieu des années 1970 n'est pas surprenante. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles sont le résultat inévitables de forces structurelles désincarnées.

Au contraire, le fait que, dans certains CLSC, la vigueur et la combativité de l'action communautaire ait pu se maintenir jusqu'aux réformes du début des années 2000 illustre que certaines stratégies ou contextes locaux ont pu faire une différence à cet égard. De même, l'acharnement du ministère contre les CLSC jusqu'à aujourd'hui (et

en particulier contre la participation populaire et l'action communautaire) montre que ces établissements, malgré le contexte fortement défavorable à la mobilisation populaire et malgré leur « normalisation » et leur intégration fonctionnelle dans le réseau socio-sanitaire, continuent de déranger. Autrement dit, le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste ne signifie pas que celle-ci est en mesure d'imposer intégralement son point de vue et que celui de la classe des travailleuses et des travailleurs se retrouve complètement évacué de la forme prise aujourd'hui par le modèle des CLSC (désormais presque complètement dissout dans les CISSS et les CIUSSS). En cela, ce modèle reste, malgré ses altérations considérables, *la cristallisation momentanée (historique) des rapports (et notamment des rapports de force) entre la classe des travailleuses et des travailleurs et la classe capitaliste.*

CONCLUSION

À travers l'étude d'un cas spécifique, celui de l'histoire des CLSC, la thèse visait trois grands objectifs : 1) montrer la pertinence de la méthode dialectique du marxisme à travers l'exemple de l'analyse socio-historique d'une réforme menée dans le domaine socio-sanitaire : celle de la création des CLSC ; 2) illustrer, toujours à partir de cette analyse, certaines thèses de la théorie marxiste de l'État démocratique dans la société capitaliste ; 3) jeter un éclairage original non seulement sur l'histoire des CLSC, mais aussi sur celle du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois.

La démarche de recherche s'est articulée autour d'une problématique dégagée à partir de la littérature existante sur l'histoire des CLSC : d'une part, la question s'est posée des facteurs expliquant la naissance d'un modèle aussi original et innovant que celui des CLSC au Québec, alors que la province s'est historiquement démarquée par son conservatisme en matière de politiques sociales ; d'autre part, s'est aussi imposée la question des facteurs expliquant l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, alors qu'il était considéré par ses créatrices et ses créateurs comme le cœur de la Réforme des Affaires sociales qui bouleverse au début des années 1970 l'ensemble du domaine socio-sanitaire au Québec.

La revue de la littérature a aussi permis d'identifier une lacune importante de l'ensemble des analyses recensées : aucune ne s'attarde au rôle joué par les classes capitaliste et laborieuse dans l'histoire des CLSC – ni même plus largement dans l'histoire du système socio-sanitaire québécois (à l'exception notable de Jetté, qui accorde beaucoup d'attention au rôle des mouvements syndical et populaire, sans toutefois s'intéresser à celui du milieu des affaires). Il est également apparu que cette lacune était liée à la tendance de ces analyses à tomber soit dans le fonctionnalisme (et donc à concevoir les CLSC comme le fruit des exigences du capitalisme ou comme la réponse automatique de l'État aux intérêts des classes « dominantes »), soit dans un

certain déterminisme « mécanique », en particulier en ce qui concerne les facteurs économiques : dans l'ensemble des analyses, ces facteurs apparaissent en effet comme désincarnés et comme s'imposant de manière inévitable aux actrices et acteurs de l'histoire des CLSC.

10.1 Principales contributions

10.1.1 Retour sur la littérature et sur la question spécifique de recherche

C'est dans ce contexte qu'a été formulée la question spécifique de recherche, qui s'interroge sur *le rôle – direct ou indirect – joué par les rapports entre les classes sociales (entre capitalistes et travailleuses et travailleurs) dans la naissance des CLSC, dans la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC et dans l'abandon rapide (ou l'échec) de ce modèle.* Au terme de cette recherche, ce rôle a été très clairement démontré : on peut désormais affirmer sans hésiter que les rapports de classe – et plus particulièrement l'évolution du rapport de force entre les classes – ont joué un rôle déterminant dans l'histoire du modèle initial des CLSC. Plus encore, la démarche accomplie montre que l'évolution du rapport de force entre les classes n'est pas un facteur comme les autres qui ne ferait que s'ajouter aux facteurs identifiés dans la littérature sur l'histoire des CLSC ; l'analyse présentée ici a montré que les rapports de classe agissent en fait comme le « contexte global » qui permet de comprendre d'où viennent ces facteurs, comment ils se sont historiquement constitués et de quelle manière ils agissent.

En effet, une partie importante de la démarche a consisté à chercher les rapports de classe à l'œuvre derrière les principaux facteurs intervenant dans les analyses recensées, ce qui a permis du même coup de montrer – d'abord de cette manière plutôt indirecte – que les rapports de classe ont effectivement joué un rôle dans l'histoire des

CLSC. Ainsi, on a vu que dans plusieurs analyses (et en particulier, mais non exclusivement, dans les analyses centrées sur le système socio-sanitaire), on évoque, pour expliquer l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, la difficulté pour un tel modèle de s'imposer dans un système centré sur le réseau hospitalier et où prédomine une conception libérale, curative et individualiste de la médecine. On souligne également le rôle des actrices et acteurs dominants du système, notamment des médecins et, dans une moindre mesure, des administrations hospitalières, dans cet échec. Ces facteurs – le caractère hospitalo-centrique du réseau, la prédominance d'une conception curative de la médecine et la puissance de ces actrices et de ces acteurs peu sympathiques au modèle initial des CLSC – apparaissent toutefois dans ces analyses comme donnés et ne font pas eux-mêmes l'objet d'une analyse.

Tout en reconnaissant le rôle important des actrices et des acteurs les plus puissants du système, de même que l'impact, tout aussi important, des tendances hospitalo-centriques et curatives du réseau, l'analyse présentée ici a montré comment des rapports de classe ont joué un rôle dans la construction historique de ces facteurs. Ainsi, elle a permis de constater que la classe capitaliste a contribué – notamment en réaction à la montée des luttes ouvrières de la fin du XIXe siècle et des revendications populaires en faveur des assurances sociales à partir du début du XXe siècle – à constituer les médecins et les administrations hospitalières en actrices et en acteurs puissants, de même qu'à structurer le système socio-sanitaire autour des hôpitaux et de la médecine scientifique curative. S'ajoute à cela la proximité observée entre la classe capitaliste et les actrices et les acteurs dominants du réseau non seulement durant la fin du XIXe et la première moitié du XXe siècle, mais aussi au moment de la Réforme des Affaires sociales : proximité idéologique (on défend des points de vue semblables en matières socio-sanitaire) et sociale (par exemple, les personnes proches ou directement issues du milieu des affaires sont alors très bien représentées sur les conseils d'administration des hôpitaux). Dans cette optique, le fait que les pressions exercées par les actrices et les acteurs les plus puissants du réseau (notamment au moment des

débats entourant l'adoption de la LSSSS, mais aussi par la suite) aient eu pour conséquence de rapprocher le modèle initial des CLSC du point de vue de la classe capitaliste ne peut pas être considéré comme une simple coïncidence.

Ensuite, on a vu également que plusieurs analyses recensées insistent sur l'idéologie des réformatrices et des réformateurs de la CESBES et du MAS pour expliquer la naissance des CLSC et la forme particulière prise par ce modèle, sans se questionner pour la plupart sur les origines (et notamment sur les origines sociales) de cette idéologie. Or, l'analyse présentée ici montre que les réformes proposées par la CESBES et mises en œuvre par le MAS et, plus largement, le point de vue des réformatrices et des réformateurs sur la santé et les services sociaux exposé dans le rapport de la CESBES correspondent en fait fortement (avec certaines limites cependant, sur lesquelles nous reviendrons plus loin) au point de vue et aux revendications en matière socio-sanitaire exprimés par la classe des travailleuses et des travailleurs durant les années 1960. En fait, alors que la littérature sur les CLSC ainsi que celle sur le mouvement syndical québécois sont muettes à ce sujet, la recherche documentaire a permis de montrer qu'à cette époque, les revendications syndicales dans ce domaine ne se limitent pas à des demandes en faveur d'une assurance-maladie publique et universelle : depuis au moins la fin des années 1950, le mouvement syndical se positionne en effet aussi sur la question de *l'organisation* du système de soins qu'il situe, tout comme l'enjeu de l'assurance-maladie, dans une réflexion plus large sur le rôle de l'État en matière de sécurité sociale et dans une conception globale, sociale et préventive de la santé.

Or, la conception de la santé et du rôle social de l'État défendue par le mouvement syndical colle de très près (encore une fois, avec certaines limites) à celle mise de l'avant par la CESBES et appliquée par le MAS au moment de mettre en œuvre la Réforme des Affaires sociales. Plus encore, la recherche documentaire a permis de découvrir que dès 1966, soit avant même le développement des premières cliniques

populaires, le mouvement syndical demande, dans son premier mémoire soumis à la CESBES, la création de polycliniques multidisciplinaires intégrant services de santé et services sociaux. Cette prise de position en faveur de l'organisation du système socio-sanitaire autour d'un modèle de clinique très proche de ce que deviendront les CLSC est aussi réitérée à plusieurs reprises durant les années suivantes, en même temps que se développe, à l'initiative du mouvement populaire qui émerge à l'époque, des cliniques communautaires elles aussi très semblables au modèle des CLSC créé en 1971. À cela s'ajoute le fait que ces établissements sont imaginés par la CESBES et implantés par le MAS au moment même où la montée d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs amorcée durant la Seconde guerre mondiale atteint son sommet.

Tout indique donc que l'idéologie des réformatrices et des réformateurs trouve en partie au moins ses origines dans le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs, point de vue qui, grâce à l'état du rapport de force entre les classes à l'époque, est alors en mesure de s'imposer. Rendre visible les rapports de classe sous-jacents à l'idéologie qui guide la CESBES dans ses travaux et le MAS dans sa réforme permet d'éclairer les origines sociales de cette idéologie (et le rôle des rapports de classe dans la naissance des CLSC), mais aussi de remettre en question les analyses qui trouvent plutôt ces origines dans les « exigences » du système capitaliste ou encore dans les intérêts d'une « classe technocratique » émergente qui tente d'asseoir sa domination sur les élites traditionnelles. Ces analyses se concentrent pour l'essentiel sur les luttes de pouvoir et d'intérêts entre « classes dominantes » et négligent largement les « classes dominées », conçues comme passives et non pas comme des actrices dotées de leurs propres intérêts, revendications et points de vue. Elles restent ainsi aveugles – comme toutes les autres analyses recensées[618] – au rôle déterminant

[618] À l'exception de Jetté (2008), qui reconnait le rôle des mouvements syndical et populaire à cet égard, sans toutefois tenir compte de l'évolution du rapport de force entre les classes, ni du rôle de la classe capitaliste, ce qui n'est pas sans conséquences (nous y reviendrons).

joué par la classe des travailleuses et des travailleurs (et plus largement par le rapport de force entre les classes capitaliste et laborieuse) dans la naissance des CLSC et dans la forme particulière prise par ce modèle.

Rappelons que ces analyses négligent *aussi*, étrangement, le rôle de la classe capitaliste, puisque les « classes dominantes » dont il est question ici correspondent pour l'essentiel à la petite-bourgeoisie traditionnelle et à la nouvelle classe moyenne francophone (technocratique) émergente, ce qui nous ramène aux actrices et acteurs dominants du système socio-sanitaire. Ces analyses sont donc incapables de voir que derrière les contraintes économiques « structurelles » qui s'imposent à la nouvelle élite technocratique se profile en fait la classe capitaliste elle-même. Autrement dit, si l'élite technocratique, ses intérêts et son idéologie peuvent en effet être considérés comme des facteurs importants dans l'histoire des CLSC, la perspective défendue dans la thèse tend à concevoir ces élites et leurs intérêts comme subordonnés à ou contraints par le pouvoir (et notamment le pouvoir économique) de la classe capitaliste, du moins en ce qui concerne ce que celle-ci considère comme étant ses intérêts fondamentaux[619].

Certaines analyses situent la naissance et la forme particulière du modèle initial des CLSC – ainsi que l'idéologie des créatrices et des créateurs du modèle – dans le contexte plus large de la « Révolution tranquille » (qui n'est toutefois pas analysé), ou encore dans le contexte institutionnel qui caractérise la période des années d'après-guerre, marqué par l'élargissement des droits syndicaux, la consolidation de l'État-providence et l'adoption de politiques économiques keynésiennes axées sur le plein-emploi. Si la construction de ce cadre institutionnel est analysée par certains auteurs – Jetté (2008) y voit un compromis institutionnalisé entre actrices et acteurs multiples (dont le mouvement syndical), porteurs de divers « mondes communs » – aucun ne tient compte de l'évolution du rapport de force entre les classes, ce qui les empêche de

[619] Nous reviendrons plus loin sur le pouvoir économique de la classe capitaliste comme contrainte pour les actrices et les acteurs étatiques (voir *infra*, section 10.2.3.2).

comprendre pourquoi certains « mondes communs » ou « projets de société » (Bergeron et Gagnon, 2003) parviennent à s'imposer au détriment des autres.

Or, il est désormais très clair que l'évolution du rapport de force entre les classes joue ici aussi un rôle déterminant. Autrement dit, elle constitue une fois de plus le contexte plus global dans lequel se construisent ces facteurs. En ce qui concerne l'émergence du cadre institutionnel des « Trente glorieuses », qui n'est pas propre au Québec mais qui se produit au contraire dans la plupart des pays occidentaux, on a vu qu'elle est en partie le résultat du développement, à partir de la Seconde guerre mondiale (voire de la fin des années 1930) d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs. Ce rapport de force favorable – auquel contribue aussi, à partir de la seconde moitié des années 1940, une période de croissance économique exceptionnelle – permet aux travailleuses et aux travailleurs de faire des gains substantiels non seulement sur le plan des salaires et des conditions de travail, mais aussi en matière de politiques sociales et de droits syndicaux, et il favorise également l'adoption de politiques économiques de type keynésien qui visent le maintien du plein-emploi atteint dans plusieurs pays durant la guerre.

C'est d'ailleurs aussi dans ce contexte qu'il faut comprendre les « initiatives » du gouvernement fédéral dans le domaine socio-sanitaire, considérées dans plusieurs analyses comme un déclencheur important des réformes qui se produisent au Québec durant les années 1960 et 1970. En effet, on a vu que la plupart de ces « initiatives » se produisent durant les périodes où le rapport de force est plutôt favorable aux travailleuses et aux travailleurs, ou du moins lorsque leur mobilisation et leur combativité est suffisamment forte pour être perçue comme une menace par le milieu des affaires et les dirigeantes et les dirigeants politiques.

Si la construction du cadre institutionnel des années d'après-guerre est en partie le résultat de la combativité des travailleuses et des travailleurs, il contribue également en retour à les renforcer davantage face à la classe capitaliste. Ce renforcement des

travailleuses et des travailleurs amorcé durant la Seconde guerre mondiale culmine durant les années 1960 et 1970, atteignant son sommet au tournant des années 1970. Déferle alors sur l'ensemble du monde occidental une vague de contestations sociales et politiques portée par la radicalisation et la politisation des travailleuses et des travailleurs, qui font durant ces deux décennies preuve d'une combativité exceptionnelle. Or, c'est précisément dans ce contexte particulier aux années 1960 et 1970 que doit être compris la Révolution tranquille qui, malgré ses aspects spécifiquement québécois, apparaît très clairement comme la manifestation, au Québec, de ces grandes tendances internationales dans l'évolution du rapport de force entre les classes.

Enfin, la thèse a permis de montrer que l'évolution du rapport de force entre les classes intervient également au niveau d'un facteur présent dans la plupart des analyses de l'histoire des CLSC mais apparaissant (sauf quelques exceptions notables) comme non problématisé et, dans tous les cas, agissant de manière mécanique et désincarnée : le « contexte économique », mentionné la plupart du temps comme élément d'explication de l'abandon rapide du modèle initial des CLSC, se présente en effet partout comme une contrainte « objective » qui s'impose de manière inévitable et quasi-naturelle aux actrices et aux acteurs de l'histoire des CLSC. L'attention prioritaire portée ici aux rapports de classe, et en particulier à l'évolution du rapport de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs, rend visible le fait que si les facteurs économiques sont évidemment incontournables pour comprendre l'histoire des CLSC, ils sont néanmoins médiatisés par les rapports de classe.

Ainsi, la perspective adoptée ici a montré que les difficultés économiques (et donc les « contraintes budgétaires » de l'État) des années 1970 et 1980, qui constituent dans la plupart des analyses le contexte « objectif » ou la « trame de fond » de l'abandon du modèle initial des CLSC, sont en fait très clairement sous-tendues par des rapports de classe. Ces difficultés, qui débordent largement le cadre québécois pour s'étendre à la

plupart des pays occidentaux, s'amorcent à la fin des années 1960 par une chute du taux de profit (qui peut elle-même être comprise comme s'enracinant dans les rapports de classe) et donc par une baisse des revenus de la classe capitaliste. Couplée à la menace politique perçue par le milieu des affaires, qui s'inquiète de la radicalisation et de la politisation considérable des travailleuses et des travailleurs à la même époque, cette fragilisation du pouvoir économique de la classe capitaliste stimule chez cette dernière une offensive contre le cadre institutionnel des années d'après-guerre, considéré à juste titre comme une des causes de la capacité soutenue des travailleuses et des travailleurs à s'approprier une portion significative des fruits de la croissance, même après que celle-ci ait commencé à décliner. Autrement dit, à partir du début des années 1970, mais plus intensivement à partir du milieu de la décennie, ce sont les acquis sociaux et syndicaux des travailleuses et des travailleurs, et éventuellement la politique économique keynésienne axée sur le plein-emploi qui, dans la plupart des pays occidentaux, sont attaqués avec une vigueur grandissante par la classe capitaliste, qui souhaite ainsi opérer un renversement du rapport de force en sa faveur et parvenir, à terme, à restaurer son pouvoir politique et économique.

C'est donc dans le contexte de cette offensive, qui prend notamment au Québec la forme d'un assaut sur les dépenses sociales de l'État (en particulier dans le domaine des Affaires sociales duquel relèvent les CLSC), que doivent être comprises les « contraintes budgétaires » qui contribuent à justifier l'abandon rapide, par le MAS, du modèle initial des CLSC. Autrement dit, les difficultés économiques, si elles sont bien réelles, ne s'imposent pas de manière désincarnées aux actrices et aux acteurs de l'histoire des CLSC : elles sont l'objet d'une lutte et de décisions politiques qui ne sont pas neutres du point de vue des intérêts de classe qui sont en jeu, comme l'illustre plus clairement encore le choc monétaire décidé par les banques centrales de plusieurs pays occidentaux (dont le Canada) et qui plonge au début des années 1980 l'économie mondiale dans une profonde récession (nous y reviendrons).

Si une partie significative de la démarche s'est consacrée à rechercher les rapports de classe sous-jacents aux facteurs qui interviennent dans la littérature sur l'histoire des CLSC – ce qui a permis de montrer, de manière surtout indirecte, le rôle joué par les rapports de classe dans la naissance, dans la forme particulière et dans l'abandon rapide de ce modèle d'établissement –, elle s'est aussi attachée à montrer plus directement comment l'histoire du modèle initial des CLSC s'inscrit dans l'évolution du rapport de force entre les classes.

En ce qui concerne la naissance et la forme particulière du modèle initial des CLSC, la perspective de classe adoptée ici a non seulement permis de montrer que dans la création de ce modèle, les réformatrices et les réformateurs ont été influencés par le point de vue et les revendications des travailleuses et des travailleurs (qui bénéficient alors d'un rapport de force exceptionnellement favorable), mais elle a aussi fourni une explication inédite au fait que ce modèle original et innovateur est apparu précisément au Québec (et pas ailleurs), alors que la province est d'autre part considérée comme particulièrement conservatrice et retardataire dans le domaine des politiques sociales. En fait, cette explication a même permis, plus largement, de comprendre une des particularités de l'histoire de l'État-providence québécois, caractérisée par le passage très rapide d'un État-providence « sous-développé » à un État-providence si progressiste qu'il se situe à partir des années 1970 à l'avant-garde des États-providence en Amérique du Nord.

Paradoxalement, l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes permet d'expliquer ces spécificités québécoises malgré le fait que cette évolution, telle qu'elle se produit au Québec, ne se distingue pas radicalement des grandes tendances internationales à cet égard. Ce qui distingue le Québec, c'est plutôt le blocage politique (qui renvoie lui-même au moins partiellement à des rapports de classe) qui ne permet pas au rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs qui se construit à partir de la Seconde guerre mondiale de se traduire, durant les années 1940 et 1950, en

gains sociaux importants sur la scène provinciale (alors que des gains significatifs au niveau des salaires et des conditions de travail, ainsi que des gains sociaux majeurs au niveau fédéral, se produisent durant cette même période).

Or, ce retard aura pour effet qu'au Québec, les grandes réformes sociales – réalisées dans la plus grande partie du monde occidental durant les décennies précédentes – se produisent durant les années 1960 et 1970, soit précisément au moment où la radicalisation et la combativité des travailleuses et des travailleurs est à son sommet. Ceci est encore plus vrai des CLSC, créés alors que ce rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs atteint son point culminant. Autrement dit, ces réformes – dont la création des CLSC – se produisent alors que les revendications des mouvements syndical et populaire se sont considérablement radicalisées et alors que la classe des travailleuses et des travailleurs est, beaucoup plus que durant les décennies précédentes, en mesure d'imposer son point de vue.

Par ailleurs, la mise en parallèle de l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970 et 1980 et de l'évolution, entre 1971 et 1981, du modèle initial des CLSC par rapport aux points de vue de classe a aussi permis d'offrir une explication originale à l'abandon rapide de ce modèle, explication qui se pose en complément essentiel des analyses existantes du phénomène. Plus encore, cette démarche a aussi permis de trouver une réponse à un nouveau questionnement ayant émergé de la confrontation entre l'évolution du modèle initial des CLSC tel que défini par le MAS et son évolution telle que vécue sur le terrain. En effet, les entretiens ont mené au constat, largement ignoré dans la littérature sur les CLSC, d'un décalage temporel notable entre le moment où le modèle initial est remis en question et finalement abandonné par le ministère (durant la seconde moitié des années 1970) et celui où le virage dans la conception du modèle est effectivement ressenti par les actrices et les acteurs qui œuvrent alors au sein de ces établissements (durant les années 1980).

L'analyse a ainsi montré une très forte correspondance entre l'évolution du modèle par rapport aux points de vue de classe et l'évolution du rapport de force entre les classes durant la même période. D'abord, les premiers CLSC sont implantés alors que le rapport de force est fortement favorable aux travailleuses et aux travailleurs et, durant la première moitié des années 1970, ils prennent une forme très proche du point de vue de cette classe, allant même dans plusieurs cas jusqu'à dépasser les intentions du ministère et les limites institutionnalisées dans la LSSSS. À partir de 1974 s'amorce une redéfinition du modèle initial des CLSC par le MAS, qui a pour effet d'éloigner le modèle (du moins le modèle « formel ») du point de vue des travailleuses et des travailleurs pour le rapprocher de celui de la classe capitaliste. Or, ceci correspond précisément au moment où, à l'image de la classe capitaliste de plusieurs pays occidentaux, le milieu des affaires québécois intensifie l'offensive débutée au début des années 1970.

Au Québec, cette offensive vise comme partout, de manière générale, « l'indiscipline » et la combativité de la classe des travailleuses et des travailleurs, qui empêchent la classe capitaliste de faire porter à cette dernière le poids des difficultés économiques qui marquent la décennie. Plus spécifiquement, elle vise les dépenses sociales de l'État (en particulier dans le domaine des Affaires sociales, auquel sont rattachés les CLSC) et la combativité des syndiquées et des syndiqués du secteur public (en particulier celles et ceux de la Fédération des Affaires sociales, qui syndique les travailleuses et les travailleurs des CLSC). À cette offensive fortement susceptible d'avoir un impact sur les CLSC s'ajoute durant les mêmes années une campagne contre la participation populaire au sein des établissements du secteur parapublic (en particulier, encore une fois, dans le domaine des Affaires sociales) ainsi que des attaques directes contre le modèle des CLSC (même si on ne peut pas ici parler de véritable campagne à l'encontre de ce modèle). En effet, au-delà des préoccupations exprimées à l'égard de leur efficacité, la classe capitaliste a plusieurs raisons d'être très peu sympathique à ce modèle d'établissement : en plus d'être un vecteur de demandes populaires adressées

aux pouvoirs publics (et donc de dépenses sociales), les CLSC sont considérés comme une des sources importantes de contestations sociales, et notamment de contestations qui, dans plusieurs cas, visent directement les intérêts du milieu des affaires.

Néanmoins, malgré la redéfinition du modèle initial que tente d'imposer le ministère, le modèle des CLSC tel que mis en œuvre sur le terrain continue durant toute les années 1970 d'être très proche du point de vue des travailleuses et des travailleurs. Ce décalage entre le modèle « formel » et le modèle « réel » n'est pas sans faire écho au fait qu'au Québec comme ailleurs, l'offensive de la classe capitaliste rencontre une résistance farouche durant toute les années 1970 de la part de la classe des travailleuses et des travailleurs, qui parvient à maintenir un niveau de combativité sans précédent malgré la détérioration des conditions économiques, l'inflation et la hausse du taux de chômage. Non seulement préserve-t-elle la plupart de ses acquis, mais elle continue aussi à faire des gains sociaux et salariaux significatifs tout au long de la décennie.

Ce n'est qu'à partir du début des années 1980 que se réalise véritablement sur le terrain la redéfinition du modèle initial des CLSC que tentait d'imposer le MAS depuis le milieu des années 1970, ce qui correspond aussi au moment où se produit le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste que celle-ci avait tenté de provoquer sans succès durant les années 1970. Cette offensive de la classe capitaliste aboutit en effet, à la fin de la décennie, à l'abandon du keynésianisme par les gouvernements au profit d'une politique monétariste typique de l'idéologie néolibérale, promue intensément par la classe capitaliste depuis le milieu des années 1970. Ce virage néolibéral, et en particulier le choc monétaire brutal imposé par les banques centrales de plusieurs pays occidentaux (dont le Canada), provoque une profonde récession économique mondiale qui marquera la plus grande partie des années 1980 et qui jouera un rôle décisif dans le renversement du rapport de force. À cette récession s'ajoutera au Québec un assaut sans précédent du gouvernement contre les conditions salariales et les droits syndicaux des travailleuses et des travailleurs du

secteur public, considérés comme la locomotive du mouvement syndical québécois, qui aura pour effet d'affaiblir durablement ce dernier, ainsi que sa capacité (et sa volonté) à se poser en défenseur des CLSC et en allié des luttes qui y sont menées.

Jetté (2008), qui est un des seuls auteurs à s'intéresser au rôle du mouvement syndical dans l'histoire des CLSC, a dans ce sens raison d'attribuer à ce dernier une part de responsabilité dans l'abandon du modèle initial. Cependant, le fait qu'il néglige presque complètement le rôle de la classe capitaliste a pour conséquence qu'il ne situe pas cette responsabilité dans le contexte de l'offensive capitaliste contre les dépenses sociales de l'État et contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public, qui se retrouvent ainsi sur la défensive. Il ne la situe pas non plus dans le contexte du renversement du rapport de force entre les classes, qui affaiblit considérablement le mouvement syndical au profit du milieu des affaires et qui amène les centrales syndicales à se replier sur elles-mêmes et à renouer avec les tendances corporatistes qui, à la faveur d'un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs, avaient été écartées durant la période de radicalisation et de politisation des années 1960 et 1970.

Au terme de la thèse, la réponse à la question spécifique de recherche est donc claire : les rapports de classe – et en particulier les rapports de force entre la classe des travailleuses et des travailleurs et la classe capitaliste – ont joué un rôle déterminant autant dans la naissance du modèle des CLSC au Québec que dans la forme prise par le modèle initial, de même que dans l'abandon rapide de ce modèle. Loin d'être un facteur parmi d'autres, les rapports de classe constituent en quelque sorte le « contexte global » dans lequel s'est jouée l'histoire des CLSC, et dans lequel se sont construits les divers facteurs qui interviennent dans cette histoire.

10.1.2 Pertinence de la méthode dialectique

C'est notamment dans sa capacité à rendre visible ce « contexte global » et, de ce fait, à dévoiler les rapports sociaux (de classe) à l'œuvre derrière des facteurs qui apparaissent dans les autres analyses comme donnés et non problématisés, que la méthode dialectique trouve toute sa pertinence. La plupart des analyses recensées restent aveugles à ce contexte global et à ces rapports de classe – qui, comme cela a été montré ici, jouent pourtant un rôle déterminant dans l'histoire des CLSC – parce qu'elles se concentrent sur les facteurs « internes » au système socio-sanitaire pour comprendre son évolution sans inscrire celui-ci dans le système social (capitaliste) au sein duquel il évolue (ou, pour le dire autrement : elles n'inscrivent pas le système socio-sanitaire dans la « totalité »). Ce refus d'inscrire le système socio-sanitaire et les CLSC dans le système capitaliste (et dans les rapports de classe qui le structurent) se manifeste également dans les quelques approches qui débordent les frontières du réseau et qui s'intéressent plus largement à la nature de l'État et aux facteurs idéologiques et institutionnels globaux ayant pu influencer l'histoire du réseau.

Quant aux rares approches qui analysent le système socio-sanitaire et les CLSC à partir d'une analyse du système capitaliste, elles le font dans une perspective fonctionnaliste qui les conduit à concevoir ces institutions et les contraintes qui pèsent sur elles comme une réponse fonctionnelle aux exigences du capitalisme et aux intérêts des « classes dominantes ». Or, ceci est contredit par le fait, clairement démontré ici, que la Réforme des Affaires sociales et le modèle des CLSC sont au contraire un gain de la classe des travailleuses et des travailleurs, arraché grâce à un rapport de force très favorable à cette dernière. L'incapacité de ces analyses à voir cela est étroitement lié au fait qu'étrangement, et bien qu'elles incluent une analyse du capitalisme et qu'elles défendent une perspective en termes de rapports sociaux, ces analyses s'intéressent finalement elles aussi presque uniquement aux actrices et aux acteurs considérés

ailleurs comme « internes » au système socio-sanitaire. Autrement dit, ces analyses pourtant proches du marxisme ne s'intéressent pas au rôle joué par la classe capitaliste (les « classes dominantes » sont ici réduites à la petite-bourgeoisie traditionnelle et à la classe moyenne francophone émergente) ou par la classe des travailleuses et des travailleurs (les « classes dominés », lorsqu'elles sont mentionnées, n'apparaissent pas ici comme de véritables actrices de cette histoire, dotées de leurs propres points de vue, intérêts et revendications, mais plutôt comme les victimes passives des luttes entre « classes dominantes »).

Contrairement à ces approches, la démarche réalisée dans la thèse a principalement consisté, conformément au principe fondamental de la méthode dialectique, à analyser le système socio-sanitaire et les CLSC à partir de la « totalité ». Plus concrètement, il s'agissait dans la perspective matérialiste et dialectique défendue ici de les inscrire dans le système capitaliste, ce qui revient *aussi* à les inscrire dans les rapports de classe qui structurent le plus fondamentalement ce système, à savoir les rapports entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette approche holistique caractéristique de la méthode dialectique nous a conduit à adopter une perspective large et une approche historique longue seules à même de rendre visible les rapports de classe – et notamment les rapports de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs – qui ont contribué de manière décisive à structurer le système socio-sanitaire québécois et l'histoire des CLSC.

La méthode dialectique offre donc un champ visuel très large : elle a impliqué dans ce cas-ci de faire plonger l'analyse jusque dans la seconde moitié du XIXe siècle, d'y inclure les grandes tendances internationales dans l'évolution du rapport de force entre les classes et de ne négliger ni le point de vue de la classe capitaliste ni celui de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière socio-sanitaire. Par contraste, les analyses existantes ne sont pas nécessairement « fausses », mais plutôt partielles ou tronquées, aveugles au contexte global dans lequel s'inscrit l'histoire du système socio-

sanitaire et des CLSC. Or, c'est ce champ visuel large propre à la méthode dialectique qui a permis à la thèse d'inclure dans l'analyse ce contexte global.

Par ailleurs, au cœur de la méthode dialectique se trouve l'impératif d'analyser les phénomènes sociaux à partir de leurs alternatives radicales potentielles – ce que des marxistes appellent, dans le langage dialectique, leur « négation », représentée ici par le modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. C'est grâce à cette perspective qu'il a été possible d'identifier clairement les limites et les contradictions du modèle initial des CLSC et, plus largement, de la Réforme des Affaires sociales. Cette démarche a permis de jeter un éclairage original sur les principaux enjeux auxquels fait actuellement face le système socio-sanitaire puisque ces enjeux renvoient directement à ces limites et contradictions, qui plongent elles-mêmes leurs racines dans la genèse du réseau et dans les rapports de classe qui l'ont structuré.

De plus, et avant de revenir sur ces limites et contradictions, on peut déjà affirmer que grâce à l'approche matérialiste et dialectique utilisée ici, il a aussi été possible de faire les contributions originales suivantes à l'analyse de l'histoire des CLSC, ainsi que plus largement à l'analyse de l'histoire du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois :

- de manière générale, montrer que les rapports de classe, et en particulier l'évolution du rapport de force entre la classe capitaliste et la classe des travailleuses et des travailleurs, ont joué un rôle déterminant dans la brève histoire du modèle initial des CLSC ;

- documenter et analyser les points de vue de classe en matière de santé au Québec, qui n'avaient pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'une attention sérieuse, particulièrement en ce qui concerne *l'organisation* du système de santé et de services sociaux ;

- montrer que la forme particulière prise par le modèle initial des CLSC – et plus largement la forme prise par la Réforme des Affaires sociales – trouve en bonne partie son inspiration non seulement au sein du mouvement populaire instigateur des cliniques communautaires (ce qui était déjà relativement connu), mais aussi au sein du mouvement syndical, qui revendique avant même l'existence des premières cliniques populaires la création de polycliniques multidisciplinaires intégrant services de santé et services sociaux (ce qui ne fait l'objet d'aucune mention dans la littérature recensée) ;

- offrir une explication inédite et cohérente au fait qu'un modèle comme celui des CLSC ait été créé au Québec (et pas ailleurs) et, plus largement, au fait que l'État-providence québécois ait été rapidement projeté durant les années 1960 et 1970 à l'avant-garde des États-providence en Amérique du Nord, alors que la province se distinguait plutôt jusqu'à la fin des années 1950 par son retard en la matière ;

- appliquer de manière systématique au cas du Québec l'analyse de l'offensive lancée partout dans le monde occidental par la classe capitaliste à partir du début des années 1970 (offensive qui ne semble pas avoir été jusqu'à maintenant documentée pour le Québec), de la résistance des travailleuses et des travailleurs qui s'en est suivi, et finalement du renversement du rapport de force qui s'est produit au début des années 1980 ;

- montrer que la remise en question du modèle initial des CLSC – et plus largement la « crise de l'État-providence » – s'inscrit dans le contexte de cette offensive de la classe capitaliste et, de manière plus générale, montrer la très forte correspondance entre l'évolution du modèle initial des CLSC par rapport aux points de vue de classe entre 1971 et 1981 et l'évolution du rapport de force entre les classes durant la même période ;

- à partir de cette correspondance, offrir une explication convaincante au décalage temporel constaté entre le moment où se produit l'abandon du modèle initial des CLSC par le ministère et le moment où la redéfinition du modèle est effectivement ressentie sur le terrain (décalage temporel qui n'est lui-même mentionné nulle part dans la littérature sur l'histoire des CLSC) ;

- à travers l'analyse détaillée du processus de bureaucratisation du modèle des CLSC, montrer que ce processus n'est pas le résultat automatique du développement de l'État-providence ou des politiques sociales, mais plutôt un processus *politique*, c'est-à-dire un processus sous-tendu par des luttes politiques – et notamment par des rapports de classe ;

- montrer que la classe capitaliste a été dans plusieurs cas directement ciblée par des actions sur les causes sociales de la maladie initiées à partir des CLSC – ou que les CLSC ont contribué à organiser – et que le caractère « dérangeant » des CLSC (identifié dans la littérature) a *aussi* menacé le milieu des affaires (ce qui est ignoré dans l'ensemble des analyses recensées).

10.2 Les CLSC comme illustration de certaines thèses de la théorie marxiste de l'État

De plus, au terme de la thèse, nous sommes désormais en mesure de voir comment l'analyse matérialiste et dialectique de l'histoire des CLSC permet d'illustrer certaines thèses de la théorie marxiste de l'État, notamment en ce qui concerne la réflexion sur la nature de l'État démocratique dans la société capitaliste. Cette problématique, qui est au cœur de la théorie marxiste de l'État et qui traverse les débats opposant cette dernière aux théories pluraliste et néo-institutionnaliste, est abordée ici dans une perspective inédite, c'est-à-dire à partir d'une analyse matérialiste et dialectique d'une réforme concrète dans le domaine socio-sanitaire. Ceci permet de jeter une lumière

nouvelle sur la question de la capacité (et des limites pesant sur cette capacité) de l'État démocratique dans la société capitaliste à entreprendre et à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des revendications et des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs (et donc de la majorité de la population). Plus précisément, la thèse permet, dans une perspective qui se veut non fonctionnaliste et qui insiste sur les rapports de classe, d'illustrer comment cette capacité et ces limites *se manifestent dans le domaine socio-sanitaire*.

10.2.1 Les CLSC comme illustration de la capacité de l'État à entreprendre des réformes qui répondent aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs

Le cas des CLSC montre d'abord qu'il est possible pour l'État de s'engager dans des réformes qui collent de très près au point de vue et aux revendications des travailleuses et des travailleurs. En fait, le modèle initial des CLSC va si loin dans ce sens que, comme nous l'avons vu, un acteur de l'époque le qualifie carrément de « projet socialiste » (Entretien 6). Et effectivement, des analyses historiques des systèmes de soins cubain (Feinsilver, 2009) et chinois (Wang, 2009) témoignent d'une tendance, dans les pays qui se réclament du communisme, vers le développement d'une médecine globale, légère, de proximité et préventive, ainsi que vers une déprofessionnalisation et une démocratisation de la médecine. Des tendances semblables ont également été amorcées dans la Russie révolutionnaire du début des années 1920 (Navarro, 1977) et durant les années du gouvernement socialiste de Salvator Allende au Chili (Navarro, 1976). Or, la Réforme des Affaires sociales qui donnera naissance aux CLSC constitue à bien des égards une tentative – au sein d'un pays capitaliste – de s'inscrire dans ces mêmes tendances.

Cependant, il est aussi révélateur que le modèle des CLSC fasse figure d'exception dans le monde capitaliste : les analyses de Navarro suggèrent en effet qu'il s'inscrit à contrecourant des tendances fortes dans l'organisation des systèmes de soins au sein des pays capitalistes. Selon lui, dans la plupart de ces pays, l'organisation des systèmes de soins tend en effet plutôt à se rapprocher du point de vue et des intérêts de la classe capitaliste. Cette corrélation s'explique selon lui par le fait que le pouvoir socio-économique de la classe capitaliste dans les sociétés capitalistes est reproduit dans le secteur de la santé lui-même, ce que Navarro tente de montrer par l'analyse des systèmes de soins de plusieurs pays, et notamment du Chili :

> Not surprisingly, we find a pattern of production in the health services of Chile that is very similar to the pattern of production in most health services of developed countries, i.e. a system of health services that is highly oriented toward (a) specialized, hospital-based medicine as opposed to community medicine ; (b) urban, technologically-intensive medicine in contrast to rural, labor-intensive medicine ; (c) curative medicine as different form preventive medicine ; and (d) personal health services as opposed to environmental health services. (Navarro, 1977, p. 42)

Dans le cas des CLSC, nous avons vu que la création d'un tel modèle au Québec – qui va à l'encontre de ces tendances identifiées par Navarro – peut s'expliquer en bonne partie par le fait que les réformes dans le domaine sanitaire ont été conduites dans la province alors que le rapport de force entre les classes était fortement favorable aux travailleuses et aux travailleurs. Néanmoins, malgré le caractère exceptionnel du modèle initial des CLSC et des circonstances qui ont favorisé au Québec sa création par l'État, il n'en demeure pas moins que cet exemple démontre bel et bien la capacité de l'État démocratique dans la société capitaliste à mener des réformes sociales qui vont très loin dans le sens des revendications et des intérêts des travailleuses et des travailleurs. Dans cette perspective, on ne peut que contester les approches marxistes ou inspirées du marxisme qui – comme plusieurs des courants de la théorie marxiste de l'État et certaines des analyses des CLSC recensées dans la thèse – tombent dans le fonctionnalisme en ne concevant l'État qu'à partir de ses fonctions de reproduction du

système capitaliste et en concevant chacune des actions de l'État, chacune des réformes menées comme une réponse quasi automatique aux exigences du capitalisme et aux intérêts fondamentaux de la classe capitaliste.

Il est vrai que la politique sociale est conçue par les réformatrices et les réformateurs de la CESBES comme un moyen de palier aux contradictions et aux insuffisances de l'économie capitaliste, considérées comme inévitables. Il est vrai également que les réformatrices et les réformateurs de la CESBES (et du MAS) conçoivent la Réforme des Affaires sociales et, de manière générale, les dépenses sociales comme un « investissement » dans le « capital humain » essentiel au développement économique (et donc à l'accumulation du capital). Autrement dit, elles et ils conçoivent la politique sociale comme une politique de valorisation et de gestion de la main-d'œuvre, ce qui n'est pas sans rappeler les initiatives de la bourgeoisie éclairée du XIXe siècle visant à permettre, notamment par le biais d'interventions (étatiques ou privées) dans le domaine de la santé publique, la reproduction d'une main-d'œuvre de qualité. Néanmoins, l'analyse faite ici montre très clairement que la création des CLSC est en bonne partie une réponse de l'État aux revendications et aux pressions des travailleuses et des travailleurs, dans un contexte où celles-ci et ceux-ci sont fortement en mesure d'imposer leur point de vue.

10.2.2 Les CLSC comme illustration des limites sur la capacité de l'État à mettre en œuvre des réformes qui répondent aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs

Cependant, il se dégage aussi de l'analyse de l'histoire des CLSC conduite ici un autre constat : le modèle initial des CLSC, bien qu'il soit très proche du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs et malgré le fait qu'il est implanté dans un contexte où le rapport de force est très favorable à cette dernière, est aussi caractérisé

par certaines limites par rapport à ce point de vue. De plus, ces limites s'imposeront rapidement comme des tendances lourdes qui auront pour résultat l'abandon de plusieurs des dimensions fondamentales du modèle initial des CLSC. Plus globalement, ce sont plusieurs des objectifs fondamentaux de la Réforme des Affaires sociales qui ne seront pas atteints. Autrement dit, le cas des CLSC, s'il illustre la capacité de l'État à mettre en œuvre certaines réformes allant dans le sens des revendications et des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs, suggère également que cette capacité est limitée. Comme nous l'avons vu, ces limites se manifestent dès la première formulation du modèle des Centres locaux de santé proposé en 1970 dans le rapport sur la santé de la CESBES, et elles constituent alors le germe de tendances qui iront en s'approfondissant durant les années suivantes. Ces limites concernent : 1) le caractère universel des CLSC ; 2) la participation populaire (ou la démocratisation) au sein du réseau socio-sanitaire (et en particulier au sein des CLSC) ; 3) la prévention, et plus particulièrement l'action sur les causes sociales de la maladie.

Certaines de ces limites (en particulier celles qui concernent la prévention) sont identifiées ailleurs (Renaud, 1977b ; 1975) comme des « contraintes structurelles » propres au système capitaliste qui restreignent la capacité de l'État démocratique à mener des réformes dans le domaine de la santé : on a vu que Renaud affirme l'impossibilité pour l'État de s'engager, dans le cadre de la société capitaliste, dans des réformes susceptibles de s'attaquer aux causes profondes (sociales) de la maladie (puisque celles-ci prennent en bonne partie justement racine dans le système capitaliste lui-même). Dans le même ordre d'idée, certaines analyses (Berliner, 1981 ; Navarro, 1978, 1977, 1976) établissent un lien entre la prédominance du modèle essentiellement curatif, biomécanique et individualiste de la médecine scientifique et le fait que la classe capitaliste a un intérêt fondamental à ce que les problèmes socio-sanitaires qui prennent racine dans le système capitaliste apparaissent comme des problèmes techniques plutôt que comme des problèmes d'ordre socio-politiques.

Ces « contraintes structurelles » pesant sur les possibilités de réforme dans le secteur sanitaire sont aussi considérées (notamment par Renaud) comme la manifestation, dans ce secteur, des contraintes qui limitent plus largement les possibilités d'action de l'État démocratique dans la société capitaliste, et qui peuvent être résumées ainsi : dans le cadre de la société capitaliste, l'État ne peut mettre en œuvre des réformes susceptibles de nuire aux intérêts les plus fondamentaux de la classe capitaliste (qui incluent notamment, bien sûr, la préservation du système capitaliste lui-même). Dans cette optique, le cas des CLSC serait donc une illustration des « contraintes structurelles » qui limitent la capacité de l'État démocratique dans la société capitaliste à : 1) créer un réseau complet et à vocation universelle d'établissements socio-sanitaire public ; 2) démocratiser ces établissements ; 3) en faire des lieux de prévention, et en particulier des lieux d'action sur les causes (dont les causes sociales) de la maladie.

Le caractère « structurel » des contraintes ou des limites identifiées dans la thèse tend à être confirmé par le fait que le modèle initial des CLSC et la Réforme des Affaires sociales apparaissent comme des exceptions dans le contexte de sociétés capitalistes. Cependant, un des intérêts de la démarche menée ici est de montrer que même si ces limites peuvent se présenter sous une apparence désincarnée et sembler s'imposer de manière purement « automatique » aux actrices et aux acteurs des réformes étatiques, derrière elles se profilent en fait des rapports de classe. La thèse a ainsi permis de voir de quelle manière, concrètement, les rapports de classe contribuent à construire ces limites et à en modifier les frontières. En effet, inscrire les contraintes qui limitent les possibilité d'action de l'État dans l'évolution du rapport de force entre les classes montre qu'elles ne sont pas des limites absolues et immuables : leurs frontières dépendent d'une part de la capacité de la classe des travailleuses et des travailleurs à les repousser (qui dépend elle-même de l'état du rapport de force entre les classes), et d'autre part de ce que la classe capitaliste considère, selon les contextes historiques, comme acceptable ou non (c'est-à-dire comme susceptible de menacer ses intérêts fondamentaux).

Ces limites renvoient donc, comme nous l'avons vu, au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire, le caractère antagonique de ce point de vue par rapport à celui de la classe des travailleuses et des travailleurs étant sur ces enjeux particulièrement apparent. En cela, ces limites sont aussi des contradictions du modèle initial des CLSC et, plus largement, de la Réforme des Affaires sociales, qui sont tiraillés dès le départ entre des pôles inconciliables (universalité du programme vs résidualisation du programme ; démocratisation vs bureaucratisation ; prévention socio-politique vs prévention dépolitisée).

10.2.2.1 Limites sur l'universalité des CLSC

Ainsi, la tendance à la « résidualisation » des CLSC, déjà présente à l'état embryonnaire dans le rapport de la CESBES (et ce malgré le fait que ce programme a été conçu comme un programme universel), fait écho aux grands principes qui gouvernent le point de vue capitaliste en matière de politiques sociales et qui sont aussi très clairement exprimés par le milieu des affaires québécois dans les mémoires soumis à la CESBES. La classe capitaliste a en effet historiquement défendu une conception très restrictive du rôle de l'État dans le domaine social, affirmant la primauté du secteur privé et le caractère supplétif du rôle de l'État et privilégiant, lorsqu'elles apparaissaient comme inévitables, des politiques sociales de type assistanciel et résiduel calquées sur les pratiques traditionnelles de la charité privée.

Au contraire, si la classe des travailleuses et des travailleurs manifeste une grande méfiance à l'égard de l'État durant le XIXe siècle, préférant plutôt des modes d'organisation autonome comme les sociétés ouvrières de secours mutuels, elle commence dès le début du XXe siècle au Québec à revendiquer auprès des gouvernements fédéral et provincial la création de programmes sociaux universels. À

partir des années 1960, le mouvement syndical québécois n'hésite plus à réclamer un rôle très étendu de l'État dans le domaine socio-sanitaire, allant même au tournant des années 1970 (soit au moment des luttes entourant l'adoption de l'assurance-maladie) jusqu'à exiger l'étatisation complète de la médecine. Nous avons vu que c'est précisément dans ce contexte de radicalisation des revendications syndicales et populaires en matière de santé et de services sociaux que sont imaginés et créés les CLSC.

Néanmoins, malgré ce contexte favorable au développement d'un réseau complet d'établissements publics de première ligne destiné à répondre à l'ensemble des besoins socio-sanitaires primaires de l'ensemble de la population, le caractère universel du programme, pourtant clairement affirmé par ses conceptrices et ses concepteurs, est dès le départ fragilisé par des limites et des tendances à la « résidualisation » inscrites à l'état embryonnaire dans la formulation initiale du modèle, notamment au niveau de ses modalités prévues de mise en œuvre. Autrement dit, bien que ce modèle soit initialement très proche du point de vue des travailleuses et des travailleurs, il intègre aussi dans sa première formulation des certains éléments typiques du point de vue de la classe capitaliste.

Une de ces limites est très clairement exprimées dans le rapport de la CESBES ainsi que par Castonguay lui-même dans des entrevues subséquentes (dont celle conduite dans le cadre de la thèse) : il apparaissait impossible aux réformatrices et aux réformateurs de la Commission, et ensuite du MAS, d'opérer une socialisation complète de la médecine ou, autrement dit, de forcer l'intégration des médecins dans le réseau des établissements publics. En d'autres termes, l'existence d'un secteur privé dans le domaine socio-sanitaire était considérée comme ne pouvant faire l'objet d'une remise en question sérieuse[620]. Pourtant, la CESBES affirme elle-même très clairement

[620] Renaud (1977b ; 1975) considère que l'État ne peut, dans une société capitaliste, remettre en question la marchandisation des soins. Si la Réforme des Affaires sociales n'a pas dépassé cette limite, ce serait une erreur de la considérer comme absolue : plusieurs États capitalistes ont historiquement procédé à la

l'incompatibilité fondamentale de la pratique médicale privée (et, plus largement, d'une organisation du système socio-sanitaire fondée sur la dispensation privée des services) avec les grands objectifs de la réforme.

Et en effet, la reconnaissance formelle des cliniques privées comme partie intégrante du réseau et le choix de s'en remettre à une adhésion volontaire des médecins au modèle des CLSC – les médecins continuent ainsi d'être financées et financés par des fonds publics même si elles et ils refusent de pratiquer dans ces établissements publics – aura des conséquences importantes sur les suites de la Réforme des Affaires sociales. Notamment, ceci contribuera de manière décisive au processus de résidualisation du programme des CLSC, pourtant conçu au départ comme un programme universel : les médecins refuseront massivement de s'intégrer au sein des CLSC, préférant créer leurs propres polycliniques privées, et les CLSC seront quant à eux rapidement relégués au rôle d'établissement « complémentaires » au réseau des cliniques privées.

Il est clair que, considérant la position dominante de la profession médicale dans le système socio-sanitaire, la forte résistance (potentielle et avérée) des médecins à ce qui est perçu comme une menace de socialisation de la médecine explique en partie les réticences de la CESBES et du MAS à s'engager dans la voie d'une remise en question frontale du modèle de la médecine libérale. Cependant, le fait que la « résidualisation » des CLSC corresponde aussi au point de vue de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire n'est pas le fruit du hasard, même si ce processus n'est pas non plus le résultat d'une fatalité mécanique imposée par les exigences du capitalisme. Nous avons vu d'abord que la classe capitaliste a joué un rôle actif dans la constitution de la profession médicale en actrice puissante du réseau socio-sanitaire capable d'imposer son point de

---

nationalisation de certains secteurs de l'économie. De même, les contraintes qui ont pesé sur l'universalisation du programme des CLSC ne signifient pas, évidemment, que des programmes sociaux à portée universelle sont impossibles à réaliser dans le cadre d'une société capitaliste, comme le montre d'ailleurs l'exemple du programme d'assurance-maladie étatique adoptée un an plus tôt.

vue et ses intérêts – ceux-ci étant, à cause de la proximité sociale des deux groupes, proches de ceux de la classe capitaliste.

À cela il faut ajouter que la CESBES et le MAS seront fortement sensibles aux préoccupations – exprimées de manière répétée par le milieu des affaires québécois – concernant les coûts éventuels de la réforme et, plus tard, concernant le niveau des dépenses sociales, en particulier dans le domaine socio-sanitaire. Or, ces considérations financières expliquent en partie l'approche prudente préconisées par les commissaires et par le ministère dans le développement du réseau des CLSC, avec pour résultat qu'il se fera beaucoup moins rapidement que celui des polycliniques privées. De même, les « contraintes budgétaires » du MAS – qui se situent dans le contexte de l'offensive capitaliste contre les dépenses sociales de l'État – contribuent à justifier la réorientation des CLSC vers une vocation « complémentaire » à ces polycliniques.

Cette redéfinition du rôle des CLSC aura toutefois des effets pour le moins contradictoires : bien qu'elle se fasse au nom de contraintes budgétaires et dans une optique de réduction des coûts, elle conduira à un recentrement du réseau socio-sanitaire sur les traditionnels (et coûteux) soins médicaux et hospitaliers curatifs. Autrement dit, la « résidualisation » des CLSC aboutira à une reproduction des tendances curatives et hospitalo-centriques que la Réforme des Affaires sociales, parce qu'elle les jugeait excessivement coûteuses, souhaitait renverser par la création des CLSC.

10.2.2.2 Limites sur la participation populaire

Tout comme les contraintes qui limiteront le caractère universel du programme des CLSC, celles qui auront pour effet de restreindre l'ouverture à la participation populaire font également écho au point de vue de la classe capitaliste en matières sociale et

sanitaire, ici aussi clairement opposé à celui de la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette opposition de point de vue concernant la participation populaire dans le domaine socio-sanitaire a des racines historiques profondes, comme le montre le contraste entre le modèle des sociétés ouvrières de secours mutuels du XIXe siècle et les modèles d'assurance collective initiées par la classe capitaliste à partir du début du XXe siècle.

En effet, alors que la gestion démocratique est une des caractéristiques de base des premières, l'émergence de sociétés d'assurance mutuelles d'origine bourgeoise aura au contraire pour effet d'imprimer sur l'ensemble du mouvement mutualiste une tendance à la centralisation bureaucratique. De même, les caisses d'assurance créées à la même époque par les grands industriels et les nouvelles sociétés privées (mais sans but lucratif) d'assurance collective qui émergent à partir des années 1930 seront critiquées pour leur caractère non démocratique. Et si le modèle de la Croix Bleue, initié au Québec par la grande bourgeoisie montréalaise, rencontre une forte adhésion de la part du milieu des affaires québécois, c'est en partie parce qu'il lui permet, comme le montre très clairement la composition du conseil d'administration de cet organisme, de préserver un pouvoir important sur ce genre de dispositifs de sécurité sociale.

Alors que tout indique que la classe capitaliste a historiquement joui d'un pouvoir significatif dans la gestion des établissements socio-sanitaires (ce qui n'est pas le cas de la classe des travailleuses et des travailleurs), les revendications syndicales et populaires en faveur d'une démocratisation des différentes sphères de la société (y compris dans le domaine socio-sanitaire) s'intensifient considérablement durant les années 1960 et 1970, au point où Castonguay parle d'une véritable domination, à l'époque, du concept de participation. C'est dans ce contexte – rendu possible par une très forte montée des luttes populaires – qu'est créé le modèle des CLSC, qui pousse très loin l'ouverture à la participation populaire : non seulement la LSSSS accorde-t-elle une représentation quasi-majoritaire aux citoyennes et aux citoyens sur les conseils

d'administration de ces établissements, mais le ministère leur laisse aussi durant les premières années une très grande autonomie, qui favorisera dans de nombreux établissements une forte participation populaire tant au niveau de la gestion qu'au niveau de l'élaboration des programmes. Plus encore, le niveau de mobilisation et de combativité est tel que, dans plusieurs cas, le modèle initial des CLSC dépassera sur le terrain les limites inscrites dans la LSSSS.

Malgré ces avancées considérables en matière de démocratisation des établissements socio-sanitaires, l'ouverture à la participation populaire institutionnalisée dans les CLSC apparait en effet comme limitée par rapport aux revendications exprimées par le mouvement syndical lors des audiences entourant le projet de loi 65 (qui demande l'élection de l'ensemble des membres des conseils d'administration de l'ensemble des établissements, et une majorité absolue pour les simples citoyennes et citoyens), et encore plus lorsqu'on la compare au modèle radical de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (qui donne tous les pouvoirs à une assemblée générale des citoyennes et des citoyens du quartier). Ces limites sont d'ailleurs ouvertement assumées par Castonguay lors des débats en commission parlementaire sur le projet de loi 65. Il précise en effet, en réponse aux centrales syndicales, qu'en ce qui concerne la participation,

> nous avons été prudents, comme gouvernement, pour ne pas présenter le projet de loi 65 comme étant un projet de loi qui était susceptible de régler plus de problèmes ou de soulever des espoirs plus grands que ce qu'il peut accomplir vraiment. Dans ce sens, c'est mon intention de continuer à être bien prudent [...]. (Québec, 1971, 10 novembre)

Notamment, le risque que la participation populaire stimule la contestation sociale est présent à l'esprit du ministre, qui est sensible aux critiques reprochant au ministère, par sa réforme, de « politiser le système » (Québec, 1971, 10 novembre). Il précise ainsi clairement, en réponse aux demandes syndicales, qu'une ouverture plus grande à la participation dans les autres établissements du réseau dépendra dans chaque région du

climat social : « Quand ça chauffe, on ne le fera pas ; quand ça ne chauffe pas, on le fera. » (Québec, 1971, 10 novembre) Si le milieu des affaires québécois ne semble pas s'être ouvertement et directement prononcé contre la participation populaire au moment des débats entourant le projet de loi (sauf par la voix de l'Association des établissements privés), les préoccupations du ministre sont très proches de celles exprimées à l'époque par le milieu des affaires québécois, qui dénonce depuis la fin des années 1960 le climat de contestation sociale et politique qui affecte le Québec (ainsi que le reste du monde occidental).

Ces préoccupations de la classe capitaliste, déjà présentes au tournant des années 1970, s'incarnent durant les années 1973-1974 (soit au moment où s'amorce le resserrement de l'encadrement ministériel sur les CLSC – et donc l'approfondissement des limites sur la participation) dans une véritable campagne du milieu des affaires québécois contre la participation populaire dans les établissements du secteur parapublic, et notamment du domaine des Affaires sociales, campagne qui s'inscrit dans une offensive plus large visant le renversement du rapport de force entre les classes, perçu alors par le milieu des affaires comme menaçant.

Au-delà des considérations pour l'efficacité de la gestion de ces établissements, qui justifient en partie les demandes de la classe capitaliste, la participation populaire est alors clairement considérée par le milieu des affaires québécois comme une des sources importantes du climat de contestation sociale qui s'intensifie durant les années 1970 et qui inquiète fortement la classe capitaliste. Le même diagnostic est d'ailleurs posé par Castonguay lui-même qui, comme nous l'avons vu, n'hésite pas à affirmer en entretien que c'est en bonne partie parce qu'ils sont devenus des vecteurs importants de contestation socio-politique que le ministère a réduit la marge de manœuvre des CLSC et resserré son contrôle sur ces établissements.

Encore une fois, les limites sur l'ouverture à la participation populaire ne doivent toutefois pas être considérées comme « absolues », d'autant plus que leurs frontières

seront, sur le terrain, repoussées par la classe des travailleuses et des travailleurs, qui est à cette époque particulièrement mobilisée. Elles sont donc ici aussi construites et remodelées dans le mouvement des rapports de classe, et non pas imposées de manière purement automatique par les exigences du capitalisme. L'expérience des CLSC montre en fait que dans certaines circonstances (comme celles d'une très grande combativité des travailleuses et des travailleurs), il est possible pour l'État démocratique dans la société capitaliste d'opérer une certaine démocratisation des établissements parapublics. Dans le cas des CLSC, et malgré la timidité de ce modèle en comparaison de celui de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, l'ouverture à la participation allait même jusqu'à dépasser largement les préférences de la classe capitaliste, habituée à bénéficier d'un accès privilégié aux lieux de pouvoir.

Cependant, le destin des CLSC suggère aussi qu'une telle démocratisation n'est tolérée par la classe capitaliste (et par l'État) que dans la mesure où elle n'est pas trop « dérangeante » ou, autrement dit, que dans la mesure où la classe des travailleuses et des travailleurs ne tente pas véritablement de se servir de ces lieux de pouvoir pour faire valoir ses intérêts. En effet, si, face à un rapport de force qui lui apparait défavorable, la classe capitaliste a au départ toléré ces gains syndicaux et populaires, le contexte économique et politique de plus en plus inquiétant pour elle rend de moins en moins acceptable à ses yeux la multiplication des lieux de participation populaire, qui contribuent au climat de contestation sociale et politique (en plus de représenter, de son point de vue, une perte de pouvoir et une menace sur la gestion efficace des fonds publics). Ces lieux de participation seront donc ciblés au moment où elle intensifie son offensive pour renverser en sa faveur le rapport de force qui l'oppose aux travailleuses et aux travailleurs.

De même, il est très clair que l'ouverture à la participation populaire concédée par le gouvernement au moment de la Réforme des Affaires sociales était conditionnelle à un usage « modéré » et pas trop « dérangeant » de ces outils de participation par la classe

des travailleuses et des travailleurs. Tout indique en fait que malgré les craintes exprimées à ce sujet par le ministre lors des audiences sur le projet de loi 65, le MAS n'avait pas prévu l'ampleur des « problèmes » posés par les CLSC durant leurs premières années d'existence. Or, dès que ces « problèmes » se sont manifestés, notamment sous la forme de pressions en provenance des députés du parti au pouvoir (très probablement eux-mêmes sous la pression, du moins dans certains cas, des milieux d'affaires locaux), le ministère a entrepris de restreindre davantage, par un accroissement de l'encadrement ministériel, la portée de la participation populaire au sein des CLSC.

Ceci nous amène à revenir sur une autre des contributions de la thèse : l'analyse de l'histoire du modèle initial des CLSC dans une perspective de classe nous permet en effet de rendre visible le fait que le processus de bureaucratisation qui accompagne le développement des politiques sociales n'est pas un processus désincarné qui se produit de manière automatique et inévitable. Le cas des CLSC est particulièrement révélateur à cet égard puisque la création de ces établissements visait justement le développement d'une alternative à la gestion bureaucratique centralisée, à savoir la démocratisation du réseau socio-sanitaire. Or, l'analyse menée ici montre clairement que si cette alternative ne s'est finalement pas réalisée et qu'un processus de bureaucratisation s'est ici aussi imposé, ce processus est en fait un processus *politique*, c'est-à-dire un processus sous-tendu par des luttes politiques – et notamment par des rapports de classe.

10.2.2.3 Limites sur la prévention

Enfin, le modèle initial des CLSC a aussi rencontré des limites en ce qui concerne la prévention et, en particulier, l'action sur les causes sociales de la maladie. Nous avons

vu que Renaud (1977b ; 1975) voit dans cet enjeu une des contraintes structurelles importantes limitant, sous le capitalisme, les possibilités de réformes étatiques dans le domaine de la santé (puisque le capitalisme est lui-même un des principaux vecteurs des problèmes socio-sanitaires). D'autres auteurs (Berliner, 1981 ; Navarro, 1978, 1977, 1976) considèrent d'ailleurs que la médecine biomécanique, curative et individualiste qui s'impose à partir de la fin du XIXe siècle est soutenue par la classe capitaliste en partie parce qu'elle permet d'offrir une réponse dépolitisée (technique) aux conséquences morbides du capitalisme industriel alors en plein essor. C'est d'ailleurs – outre son caractère démocratique – l'importance accordée à la prévention dans le modèle initial des CLSC qui fait dire à un acteur des premières années que les CLSC étaient un projet socialiste : « quand on se met dans la prévention, dans la vraie prévention, bien ça veut dire qu'il faut changer beaucoup de choses dans la société. » (Entretien 6)

Encore une fois, la thèse a cependant permis de montrer que derrière ces limites se profilent en fait des rapports sociaux, et notamment des rapports de classe. Ainsi, les contraintes ayant limité les formes de prévention mises en œuvre dans les CLSC renvoient ici aussi au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste et mettent en relief une opposition fondamentale avec ceux de la classe des travailleuses et des travailleurs. Cette opposition est particulièrement évidente dans le cas des luttes entourant la santé et sécurité au travail qui s'amorcent au XIXe siècle : alors que la prévention des accidents et des maladies professionnels est au cœur des revendications ouvrières de l'époque (auxquelles feront écho les luttes du XXe siècle, en particulier durant les années 1970), la classe capitaliste tente quant à elle de retarder l'adoption et de limiter le plus possible la portée des lois visant l'imposition de normes de santé et de sécurité au travail susceptibles de prévenir les accidents et maladies. En fait, les industriels subordonnent très clairement la santé et la sécurité des travailleuses et des travailleurs aux « impératifs » du développement économique, de la compétitivité et du profit, concevant les accidents et maladies professionnels comme les dommages

collatéraux inévitables de l'industrialisation capitaliste, elle-même conçue comme inévitable.

De même, les premières interventions dans le domaine de la santé publique au XIXe siècle émergent – tout comme la médecine scientifique – dans le contexte d'un développement débridé du capitalisme industriel qui produit des conséquences majeures sur les plans social et sanitaire. Bien que ces premières interventions aient été conduites pour la plupart à l'initiative ou sous la pression de la bourgeoisie – ou plutôt d'une fraction « éclairée » de la bourgeoisie qui souhaite ainsi, notamment, assurer la reproduction d'une main-d'œuvre de qualité – elles ont rencontré la résistance (passive ou active) d'une partie importante de la classe capitaliste chaque fois qu'elles étaient perçues comme susceptibles de nuire aux intérêts de celles-ci (c'est-à-dire la plupart du temps puisque le capitalisme industriel s'est en bonne partie construit sur les conditions de vie et de travail morbides des travailleuses et des travailleurs de l'époque).

Durant les années 1960, et en cohérence avec ses positions historiques, le milieu des affaires québécois défend devant la CESBES une conception étroite de la santé et de la prévention, évacuant toutes références aux causes sociales de la maladie. En fait, l'attention du milieu des affaires est essentiellement concentrée sur la médecine curative, le secteur hospitalier et la recherche médicale, et les seules mentions claires de la prévention concernent les approches individuelles comme l'éducation hygiénique. Au contraire, la classe des travailleuses et des travailleurs défend à la même époque une conception large de la santé et de la prévention qui tient compte des causes sociales de la maladie. Dans le cas du discours et des pratiques plus radicales de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, elle va même jusqu'à mettre de l'avant une conception socio-*politique* de la prévention qui insiste non seulement sur les causes sociales de la maladie, mais aussi sur les rapports de domination qui les sous-

tendent, et qui envisage l'action sur les causes sociales de la maladie comme une action politique.

Là se situe la limite que n'atteindra ni la CESBES, ni le MAS. Dans le contexte des années 1960 et 1970, fortement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs, ils approcheront pourtant de très près cette limite, promouvant une conception sociale de la prévention très similaire à celle mise de l'avant par le mouvement syndical dans les mémoires soumis à la Commission. Le ministère ira même jusqu'à approuver l'action, à partir des CLSC, sur les causes sociales de la maladie (ce qui va plus loin que les recommandations de la CESBES) et à tolérer pendant un certain temps les pratiques d'action communautaire qui, sur le terrain, mettent en œuvre une conception socio-politique de la prévention. Autrement dit, dans le contexte de radicalisation et de politisation qui caractérise les années 1970, la classe des travailleuses et des travailleurs parviendra ici aussi à repousser pendant quelques années les limites inscrites dans le projet initial des CLSC.

Cependant, la thèse a aussi permis de montrer comment, concrètement, la mise en œuvre d'une conception large (sociale et politique) de la prévention est incompatible avec les intérêts de la classe capitaliste et comment cette conception sera finalement en bonne partie évacuée du modèle initial des CLSC. Comme on a pu le constater sur la base des témoignages d'actrices et d'acteurs de l'époque, la volonté d'agir sur les causes sociales de la maladie conduit notamment à (re)politiser les conséquences malsaines du capitalisme (et donc, concrètement, des pratiques du milieu des affaires). Autrement dit, la mise en œuvre d'une conception socio-politique de la prévention conduit à faire de ces conséquences des enjeux politiques autour desquels organiser des mobilisations socio-politique visant à les contrer (d'où le caractère « dérangeant » des CLSC). Plus largement, et principalement en raison de ces pratiques « dérangeantes » (qui visent non seulement le milieu des affaires, mais aussi les élites politiques), les CLSC seront rapidement identifiés comme une des sources importantes de contestation

sociale au Québec, dans un contexte où la classe capitaliste mène justement une offensive contre la politisation et la radicalisation des travailleuses et des travailleurs.

C'est d'ailleurs au moment où cette offensive s'intensifie que le ministère amorce une redéfinition de la prévention devant être mise en œuvre dans les CLSC, redéfinition qui conduira à une conception étroite de la prévention plus proche de celle de la classe capitaliste (et donc qui évacue dans une large mesure l'action sur les causes sociales de la maladie) ainsi que, conséquemment, à une restriction du champ d'action de l'action communautaire. Cette redéfinition, qui motive en bonne partie l'encadrement accru des activités des CLSC, vise explicitement une dépolitisation des pratiques de prévention et d'action communautaire ou, autrement dit, l'élimination (ou du moins la restriction dans des limites « acceptables ») de la contestation sociale issue de ces établissements. Encore une fois, l'évacuation des dimensions sociales et politiques de la prévention telle que pratiquée dans les CLSC apparait comme contradictoire par rapport à la conception de la santé et aux grands objectifs promus par la CESBES : alors que celle-ci insiste, tout comme la classe des travailleuses et des travailleurs, sur l'importance des causes sociales de la maladie, on a finalement refusé aux CLSC – qui sont pourtant au cœur de la mission préventive du réseau socio-sanitaire – les moyens d'agir sur ces causes.

10.2.3 Les CLSC comme illustration des « mécanismes » de la « cristallisation » des rapports de classe au sein de l'État et du système socio-sanitaire

À partir de l'analyse de classe de l'histoire du modèle initial des CLSC réalisée dans la thèse, on arrive donc aux constats généraux suivants concernant la capacité (et les limites pesant sur cette capacité) de l'État démocratique dans la société capitaliste à mener des réformes qui vont dans le sens des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs :

1) Dans le contexte d'un rapport de force exceptionnellement favorable, l'État québécois a été capable d'initier une réforme importante qui allait très loin dans le sens des revendications et des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs (et qui, par conséquent, s'éloignait fortement du point de vue et des préférences de la classe capitaliste) ;

2) Certaines contraintes – qui renvoient au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste – ont limité dès le départ la capacité de l'État à mettre en œuvre cette réforme ainsi que sa portée par rapport au point de vue et aux intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs et ce, malgré le rapport de force favorable à cette classe (la réforme et le modèle initial des CLSC ont donc pris une forme contradictoire, étant la cristallisation de points de vue de classe antagoniques) ;

3) Plus spécifiquement, l'État a été incapable (ou a refusé) de : 1) remettre sérieusement en question la place du secteur privé dans le domaine socio-sanitaire, limitant ainsi sa capacité à faire des CLSC un programme à portée universelle ; 2) procéder à une véritable démocratisation des CLSC et, de manière plus générale, de l'ensemble du réseau socio-sanitaire ; 3) mettre en œuvre au sein des CLSC une conception socio-politique de la prévention ;

4) Si la réforme et le modèle initial des CLSC ont au départ, et malgré ces trois limites, collé de près au point de vue et aux revendications de la classe des travailleuses et des travailleurs (dépassant même sur le terrain les deux dernières limites inscrites dans la réforme étatique), ces limites ont été très rapidement resserrées par l'État qui, dès 1974, amorce des reculs importants sur ces trois aspects du modèle initial ;

5) Ce recul de l'État s'amorce *en même temps* que s'intensifie l'offensive de la classe capitaliste pour renverser le rapport de force en sa faveur, mais *avant* que ce renversement soit réalisé au début des années 1980 ;

6) Ces développements se poursuivent indépendamment du parti politique au pouvoir : loin d'être renversées par l'élection d'un parti qui se dit « favorable aux travailleurs », les tendances amorcées en 1974 s'approfondissent avec l'arrivée au pouvoir du Parti québécois ;

7) Avec le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste au début des années 1980 (qui se produit au Québec sous la gouverne du PQ), ces limites deviennent des tendances lourdes qui auront pour effet de transformer le modèle initial des CLSC dans un sens qui l'éloigne du point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs pour le rapprocher de celui de la classe capitaliste.

Comme on le constate ici, une partie importante de l'analyse repose sur la démonstration d'une correspondance très forte entre, d'une part, l'évolution du rapport de force entre les classes et, d'autre part, l'évolution du modèle des CLSC par rapport aux points de vue de classe. Ceci pose évidemment la question des « mécanismes » ou des « médiations » par lesquels ces rapports de classes en viennent à s'inscrire au sein de l'État et de ses institutions et, dans le cas qui nous concerne, au sein du système socio-sanitaire. Autrement dit, c'est la question du passage d'une analyse « macro » de l'évolution du rapport de force à l'analyse de ses effets « micro » sur l'évolution du système socio-sanitaire qui est ici posée. Cette question se pose d'autant plus que la stratégie de présentation retenue dans la thèse – qui a consisté à présenter ces évolutions parallèlement au sein de différents chapitres plutôt que sous la forme d'un récit intégré – pourrait donner l'impression d'une démonstration strictement « corrélative ».

Or, la recherche documentaire et l'analyse empirique ont également permis d'identifier plusieurs éléments permettant d'illustrer certains des mécanismes d'inscription des rapports de classe au sein de l'État (et du système socio-sanitaire) identifiés par les divers courants de la théorie marxiste de l'État ce qui, du même coup, permet d'éclairer comment se justifie ce passage analytique du « macro » au « micro ». Ces éléments sont disséminés tout au long de la thèse et plusieurs sont mentionnés à divers moments de cette conclusion générale, mais il convient de les réunir ici de manière plus systématique.

Rappelons cependant que, comme cela avait été annoncé en introduction, le mécanisme de colonisation directe des appareils et institutions étatiques par la classe capitaliste ainsi que le processus décisionnel « interne » à ces appareils et institutions ont été écartés de la recherche[621]. Rappelons également que, dans la perspective dialectique à partir de laquelle est défini le concept de rapport de force, l'inscription des rapports de classe au sein de l'État, de ses institutions et de ses politiques (y compris dans le domaine de la santé) se réalise aussi par des médiations globales, complexes, diffuses et dynamiques qui ne se laissent pas facilement réduire ou « opérationnaliser » en indicateurs mesurables et directement observables, ce qui sera illustré plus loin (voir infra, section 10.2.3.4).

10.2.3.1 Le processus historique de « cristallisation » de certains « mécanismes de sélectivité » au sein du système socio-sanitaire québécois

Au moment de la Réforme des Affaires sociales, certains « mécanismes de sélectivité » ou biais systémiques favorables à la classe capitaliste sont déjà « cristallisés » et à l'œuvre au sein du système socio-sanitaire. Autrement dit, le système socio-sanitaire

[621] Voir *supra*, section 0.3.4.3 pour une justification de ce choix.

est déjà (historiquement) structuré de telle sorte que son fonctionnement « naturel » tend à le faire correspondre au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste. La perspective historique longue adoptée dans la thèse a en effet permis d'illustrer la thèse de Poulantzas et de Jessop selon laquelle les mécanismes de sélectivité ou biais systémiques déployés par l'État et ses institutions sont le résultat des rapports de classe passés (voir *supra*, section 0.3.4.2.1).

Ces biais systémiques sont notamment : la domination du modèle de la médecine libérale, centrée sur les soins curatifs individuels; les tendances hospitalo-centriques du réseau; la position dominante, au sein du système socio-sanitaire, des médecins et des administrations hospitalières. Comme on l'a vu (voir *supra*, chapitres 2 et 3), ces « traits structurels » du système socio-sanitaire au moment de la Réforme des Affaires sociales sont en partie au moins le résultat historique des rapports de classe. Tout indique en effet que la classe capitaliste – parfois en réaction aux mobilisations ouvrières – a joué un rôle significatif dans leur institutionnalisation (ou leur « cristallisation »). Il importe maintenant de souligner en quoi ces « traits structurels » peuvent être considérés comme des « mécanismes de sélectivité » ayant agi de manière « systémique » pour favoriser, au sein du réseau, la préservation des intérêts et la défense du point de vue de la classe capitaliste (et défavoriser ceux de la classe des travailleuses et des travailleurs) au moment de la Réforme des Affaires sociales et durant les décennies subséquentes.

Un des résultats les plus décisif pour l'histoire des CLSC du processus de professionnalisation de la médecine et du virage hospitalo-centrique du réseau – auxquels a activement participé la classe capitaliste – est d'avoir positionné les médecins et les administrations hospitalières en acteurs et en actrices dominantes du système socio-sanitaire. Or, le rôle joué par la classe capitaliste dans ces développements est à comprendre en lien étroit avec la communauté de point de vue qui unit la classe capitaliste à ces actrices et ces acteurs, communauté de point de vue

qui, du moins dans le cas des médecins, prend sa source dans des origines sociales communes – ou du moins dans une proximité sociale importante.

En ce qui concerne les médecins, la vision commune et la convergence d'intérêts avec la classe capitaliste se manifeste encore très clairement au moment de la Réforme des Affaires sociales. Ainsi en est-il, notamment, de la défense passionnée du modèle de la médecine libérale (privée) – et donc de l'opposition farouche à toute réforme pouvant mener à l'étatisation ou à la nationalisation de la médecine. Cette proximité entre médecins et capitalistes s'exprime également durant les années 1960-1970 dans le fait que les autorités médicales sont abondamment citées dans les mémoires soumis à la CESBES par le milieu des affaires (ce qui n'est pas le cas des mémoires du mouvement syndical, plutôt critiques de la profession médicale). Plus encore : fait unique dans l'histoire connue des conflits de travail au Québec (et probablement ailleurs), une des principales organisations représentant le milieu des affaires (la CCPQ) se portera en 1970 à la défense d'une grève « sauvage » dans le secteur public : celle, en pleine crise d'octobre, des médecins spécialistes qui s'opposent au régime d'assurance-maladie sur le point d'être adopté (voir *supra*, section 9.2.2.2, p. 811).

De même, le virage hospitalo-centrique du système socio-sanitaire – dans lequel la classe capitaliste a aussi joué un rôle crucial – a également permis de placer en position dominante dans ce système des actrices (les administrations hospitalières) partageant avec la classe capitaliste une communauté de vue importante en matière socio-sanitaire, notamment en ce qui concerne (justement) la place centrale des hôpitaux et de la médecine spécialisée au sein du réseau. Tout indique en fait que des liens étroits – souvent même organiques – ont historiquement lié les administrations hospitalières (y compris religieuses) à la classe capitaliste et que ces liens étaient encore bien en place au moment de la création des CLSC.

Plus encore, le rôle historique joué par la classe capitaliste dans le virage hospitalo-centrique s'est selon toute vraisemblance (bien que cela n'ait pas été analysé de

manière approfondie dans la thèse) accompagné d'un processus de colonisation, par la bourgeoisie, des postes de directions et des conseils d'administration des établissements hospitaliers. En effet, même si la recherche documentaire ne s'est pas attardée à cette question, plusieurs indices pointent dans le sens d'une surreprésentation, au moment de la Réforme des Affaires sociales, de la classe capitaliste dans les postes décisionnels au sein de ces établissements (à ce sujet, voir *supra*, section 7.3, p. 580-582).

Néanmoins, ce dernier point, bien que significatif, n'apparaît pas d'une importance cruciale; ce qui est fondamental ici, c'est plutôt que les rapports de classes historiques ayant structuré le développement du système socio-sanitaire québécois durant les décennies précédant la création des CLSC ont eu pour résultat d'assurer, au sein de ce système, la domination d'acteurs partageant le point de vue de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire. Les biais systémiques ainsi institutionnalisés ont donc pour effet que *la classe capitaliste n'a même pas besoin d'intervenir directement auprès de l'État ou au sein du réseau pour que son point de vue y soit « représenté » et défendu par des actrices et des acteurs puissants*.

Autrement dit, la prédominance, à « l'intérieur » du système socio-sanitaire, de ces actrices et de ces acteurs partageant les intérêts et le point de vue de la classe capitaliste agit comme un « mécanisme de sélectivité » qui tend à favoriser les initiatives, les solutions envisagées et les politiques adoptées qui vont dans le sens de ces intérêts et de ce point de vue (et donc à défavoriser celles qui vont dans le sens des intérêts et du point de vue des travailleuses et des travailleurs qui ne bénéficient pas, pour leur part, de « représentantes » et de « représentants » aussi puissants de leur point de vue et de leurs intérêts au sein du réseau). Plus encore, ce mécanisme favorable à la classe capitaliste agit en quelque sorte de manière « automatique », au sens où il n'est pas le résultat d'une volonté consciente, de la part de ces actrices et de ces acteurs « internes »

au système socio-sanitaire, de défendre ou de promouvoir le point de vue et les intérêts de cette classe.

Ainsi, les médecins qui se sont farouchement opposées et opposés au modèle des CLSC, compris comme un modèle « socialiste » remettant en question la médecine libérale, ont en même temps défendu le point de vue du milieu des affaires – lui aussi très hostile à la « médecine d'État » et très attaché à la médecine libérale – même si leur objectif conscient était évidemment de défendre leurs propres intérêts (et non ceux de la classe capitaliste). C'est donc en partie la campagne agressive contre les CLSC organisée par les médecins qui a éventuellement permis au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste de « s'inscrire » dans le modèle des CLSC, au départ pourtant très proche du point de vue et des intérêts des travailleuses et des travailleurs. On a vu en effet que cette campagne a joué un rôle important dans la « résidualisation » du modèle et dans sa redéfinition comme établissement « complémentaire » au réseau de cliniques et de polycliniques privées fondé par les médecins.

De même, le « front commun » des médecins, des administrations hospitalières et des directions d'établissements privés contre la réforme des conseils d'administration des établissements impliquée par le projet de loi 65 (voir *supra*, section 7.3, p. 578-579) servira en même temps – bien que peut-être inconsciemment – à « représenter » et à faire des pressions en faveur des intérêts et du point de vue de la classe capitaliste, elle aussi plutôt réticente (et même parfois carrément hostile) à la participation populaire dans la gestion des établissements publics. Plus largement, les pressions exercées par ces actrices et ces acteurs – qui selon certaines analyses de l'histoire des CLSC et de la Réforme des Affaires sociales expliquent les reculs du gouvernement sur plusieurs des aspects du projet de loi – ont du même coup permis « d'inscrire » dans la forme finalement prise par la LSSSS certaines limites par rapport aux ambitions initiales des réformatrices et des réformateurs, limites qui correspondent comme on l'a vu au point de vue de la classe capitaliste.

On peut donc considérer que les médecins et les administrations hospitalières – dont la position dominante au sein du réseau est au moins partiellement le résultat historique des rapports de classe ayant contribué à l'institutionnalisation d'un système de soins centré sur les hôpitaux et la médecine curative – ont agi comme des mécanismes de sélectivité à l'encontre d'une réforme qui visait justement à renverser les tendances hospitalo-centriques du réseau, à s'éloigner du modèle de la médecine libérale et à démocratiser la gestion des établissements – ce qui menaçait évidemment d'éroder la position dominante de ces actrices et de ces acteurs, mais aussi d'éloigner le système socio-sanitaire des préférences de la classe capitaliste (et de le rapprocher de celles des travailleuses et des travailleurs).

10.2.3.2 Le pouvoir économique et les médiations organisationnelles de la classe capitaliste

Nous avons vu que pour tous les courants de la théorie marxiste de l'État, le pouvoir économique de la bourgeoisie – son contrôle des principaux moyens de financement, de production et de distribution – est considéré comme le principal mécanisme par lequel les intérêts de la classe capitaliste en viennent à s'inscrire au cœur de l'État, de ses institutions et de ses politiques (voir *supra*, section 0.3.4.2.1). En effet, tous ces courants soulignent comment, à cause de sa dépendance (fiscale et autres) à l'égard de décisions économiques privées sur lesquelles l'État n'a pas de contrôle, celui-ci est contraint de « préserver » ou de « gagner » la « confiance » du monde des affaires en tenant compte de ses intérêts dans l'élaboration de ses politiques. Nous avons vu également que cette pression constante pesant sur tous les gouvernements (quoiqu'il en soit de leurs orientations idéologiques et politiques) s'exerce sans même que la classe capitaliste n'ait à manifester ses préférences de manière organisée.

Il ne fait aucun doute que les CLSC ont été créés par un gouvernement (celui du PLQ de Robert Bourassa) très soucieux de préserver la « confiance » du monde des affaires et très sensibles à ses intérêts. Réputé très proche du milieu des affaires, sa décision de commander une étude approfondie visant justement à sonder cette « confiance » (Fantus, 1972) témoigne très clairement de la soumission de ce gouvernement à cet impératif. Quant au gouvernement du PQ, qui prend le pouvoir en 1976, il s'affiche quant à lui comme un parti proche de la social-démocratie ainsi que des travailleuses et des travailleurs, et sa base sociale et ses membres sont en bonne partie issus des milieux syndicaux et populaires. Notamment pour cette raison, son élection ébranle fortement la confiance du monde des affaires, le PQ étant perçu par la classe capitaliste québécoise comme un parti populaire hostile au milieu des affaires[622]. Parce qu'il n'envisage pas de dépouiller la classe capitaliste de son pouvoir économique, le gouvernement péquiste se retrouve donc lui aussi forcé, et peut-être même encore plus que le Parti libéral, de gagner la confiance de la classe capitaliste[623].

Dans un tel contexte, les intérêts de la classe capitaliste – et en particulier son intérêt économique (et politique) pour des dépenses sociales peu élevées – se présentent donc aux différentes actrices et acteurs politiques qui ont conduit la Réforme des Affaires sociales comme des contraintes financières « objectives » qui limitent les possibilités de réformes et, plus globalement, les possibilités d'action des gouvernements et ce, peu importe leur parti politique et leurs orientations idéologiques plus ou moins progressistes[624]. Autrement dit, on peut penser que ce pouvoir économique a agi

---

[622] Nous avons vu que devant ce qu'elle perçoit comme un danger important pour les intérêts de la classe capitaliste, la CCPQ menace ouvertement le nouveau gouvernement d'une perte de confiance du milieu des affaires (voir *supra*, section 9.2.2.4, p. 827).

[623] Ce qu'il tente de faire notamment en présentant des budgets prudents qui répondent en bonne partie aux demandes de la classe capitaliste en matière de réduction des dépenses sociales, avec les impacts que l'on connait sur l'évolution du modèle initial des CLSC (voir *supra*, section 9.2.2.4, p. 827-830).

[624] Nous verrons néanmoins dans la prochaine section que ces tendances sont renforcées par un consensus idéologique fondamental partagé par ces actrices et ces acteurs politiques autour de la préservation de l'ordre capitaliste.

comme un mécanisme de sélectivité pour exclure certaines possibilités – particulièrement inacceptables pour la classe capitaliste – et en favoriser d'autres.

Cependant, l'analyse a permis de constater que le pouvoir économique de la classe capitaliste n'a pas agi ici comme un mécanisme purement « automatique ». En effet, les membres de la CESBES de même que les gouvernements successifs durant les années 1960 et 1970 n'ont pas eu à « deviner » les préférences de la classe capitaliste. Au contraire, celles-ci ont été très clairement exprimées par le biais des organisations de classe du milieu des affaires, qui exercent durant cette période de multiples pressions directes sur la CESBES et sur les gouvernements successifs.

En effet, l'analyse a permis de constater que malgré certaines divergences, les organisations du milieu des affaires québécois ont défendu durant les années 1960-1970 un point de vue relativement unifié en matière socio-sanitaire, qui est aussi globalement cohérent avec les prises de positions historiques de cette classe. Ainsi, ces organisations s'opposent unanimement au projet d'assurance-maladie publique et universelle, défendent toutes le modèle traditionnel de la médecine libérale, se positionnent en faveur d'un rôle résiduel de l'État et d'une place importante pour le secteur privé en santé et mettent de l'avant une conception de la santé centrée sur les hôpitaux, la recherche et la médecine curative et spécialisée. Bref, on peut certainement dire que le milieu des affaires québécois est parvenu à se constituer en « classe pour soi » sur les enjeux socio-sanitaire.

Ainsi, plusieurs mémoires soumis par diverses organisations lors des audiences de la CESBES ont rappelé aux commissaires l'attachement de la classe capitaliste au modèle traditionnel de la médecine libérale et ses inquiétudes quant à une éventuelle augmentation des dépenses sociales. La CESBES est d'ailleurs pleinement consciente de ces inquiétudes, comme le montrent l'approche prudente préconisée par les commissaires – et appliquée par le MAS – dans le développement des CLSC et le soin apporté à justifier dans le rapport une éventuelle croissance de ces dépenses,

justifications clairement destinées à rassurer le monde des affaires (voir *supra*, section 5.1.1, p. 301-305). D'ailleurs, les considérations budgétaires seront très présentes dès le départ dans les décisions concernant le déploiement de la réforme, décisions qui auront évidemment un impact sur la forme initial et l'évolution ultérieure du modèle des CLSC.

De manière plus globale, les pressions exercées par le milieu des affaires québécois sur le gouvernement de la province à partir de la fin des années 1960 se sont inscrites dans une offensive généralisée – et étendue à la plupart des pays occidentaux – de la classe capitaliste à l'encontre du cadre institutionnel des années d'après-guerre, qu'elle remet en question dans le contexte d'une menace ressentie sur son pouvoir économique et politique (voir *supra*, section 9.1). Ici non plus les organisations du milieu des affaires n'auront pas de difficulté à présenter un front uni et à mettre en œuvre une offensive commune face à ces menaces. Au Québec, cette offensive s'est déployée sur quatre fronts principaux qui, à tous les niveaux, étaient susceptibles d'affecter de manière décisive le modèle des CLSC (et ce même si ce modèle n'était pas directement ciblé par l'offensive).

Ainsi, fortement inquiet de la vague de contestation sociale qui secoue la province (et l'ensemble du monde occidental), le milieu des affaires québécois 1) multiplie dès la fin des années 1960 les appels à la discipline et à l'autorité gouvernementale. À partir du début des années 1970 mais plus intensivement à partir des années 1973-1974, il multiplie également les pressions directes sur le gouvernement : 2) en faveur d'une diminution des dépenses sociales de l'État, en particulier dans le domaine des Affaires sociales; 3) contre la participation populaire au sein des établissements publics (considérée comme une des sources de contestations sociale), en particulier des secteurs de l'éducation et des Affaires sociales; et 4) contre les syndicats du secteur public, en particulier ceux affiliés à la CSN et à la FAS, alors considérées comme les organisations les plus militantes et les plus radicales du mouvement syndical

québécois. À cette offensive globale se sont ajoutées, autour de 1974, des critiques répétées du modèle des CLSC par la CCPQ.

Or : 1) les CLSC sont considérés à l'époque – y compris par le ministre Castonguay lui-même et par son sous-ministre Brunet – comme une des sources importantes de contestation sociale au Québec (les entretiens ont d'ailleurs permis de découvrir que le milieu des affaires a dans plusieurs cas été directement ciblé par les mobilisations citoyennes initiées ou appuyées par les CLSC et que le ministre Castonguay a personnellement subi des pressions importantes de la part de plusieurs députés concernant ces tendances contestataires des CLSC); 2) non seulement les CLSC relèvent du domaine des Affaires sociales, qui est particulièrement ciblé par les pressions capitalistes en faveur d'une diminution des dépenses sociales, mais ils sont en plus eux-mêmes considérés comme une source importante de « demandes » sociales (au sens où ils sont perçus comme des « créateurs de besoin »); 3) les CLSC incarnent plus que tout autre établissement les principes d'ouverture à la participation populaire dans le secteur socio-sanitaire; et 4) les travailleuses et les travailleurs de CLSC sont affiliés à la FAS, et les CLSC sont pour beaucoup d'entre eux les lieux d'un militantisme syndical combatif.

À partir de 1974 et durant les années qui suivront, le gouvernement et le MAS (peu importe le parti au pouvoir) poseront plusieurs gestes qui auront tous pour effet de répondre aux pressions exercées par le milieu des affaires – et qui auront des impacts majeurs dans la redéfinition du modèle des CLSC. Mentionnons notamment : les tentatives de restreindre les dépenses dans le secteur des Affaires sociales, qui se traduisent par des contraintes budgétaires répercutées en partie sur les CLSC; la volonté de mettre fin à la contestation sociale stimulée par les CLSC[625], qui se traduit par une bureaucratisation des CLSC et une dépolitisation/marginalisation de l'action

[625] Rappelons que ceci est clairement assumé par Castonguay, qui affirme que le resserrement des contrôles ministériels sur les CLSC est une réponse directe à ce qu'il considère comme des dérives du modèle (voir *supra*, section 9.3.3, p. 882).

communautaire (et, ultimement, par un déclin de la participation populaire dans ces établissements); de manière plus globale, le virage néolibéral et les tentatives (éventuellement réussie) de casser la résistance des syndicats du secteur public (et, par extension, du secteur privé), qui se traduisent par une capacité moindre à défendre le modèle initial des CLSC, et en particulier le rôle socio-politique de l'action communautaire.

Aux mécanismes de sélectivité institutionnalisés historiquement au sein du réseau (qui placent en position dominante des actrices et des acteurs partageant dans une large mesure les intérêts et le point de vue du milieu des affaires en matière socio-sanitaire), au pouvoir économique de la classe capitaliste (qui donne un poids considérable aux préférences de la classe capitaliste) et au pressions directes multiples exercées par cette classe par l'entremise de ses organisations s'ajoute un autre biais systémique de l'État et du système socio-sanitaire en faveur de la classe capitaliste, biais que permet d'illustrer l'histoire des CLSC : le consensus idéologique des réformatrices et des réformateurs autour de la préservation de l'ordre capitaliste.

10.2.3.3 Le consensus idéologique des réformatrices et des réformateurs et ses conséquences

Comme cela a été mentionné dans la section précédente, il est très clair que malgré leurs divergences idéologiques et politiques réelles, le PLQ et le PQ partagent – à l'époque et encore aujourd'hui – une adhésion fondamentale à l'ordre capitaliste. De même, et malgré l'orientation très progressiste – et même socialisante – de la CESBES (on a vu que son point de vue en matière socio-sanitaire était très proche de celui du mouvement syndical), les commissaires – dont certains transigeront éventuellement vers le MAS – ne remettent pas non plus en question le système capitaliste. En effet, comme nous l'avons vu (voir *supra*, section 5.1.1), le rapport de la Commission est

caractérisé, dans les termes de Lesemann, par « [l]a reconnaissance indiscutée de l'ordre économique dominant » (1981, p. 112).

L'adhésion à l'ordre capitaliste est aussi très clair chez Castonguay lui-même qui, à l'instar du milieu des affaires, s'inquiète à l'époque de la vague de contestation sociale qui secoue le monde occidental (et le Québec), remettant en question le système capitaliste : « Il y avait bien du monde qui disait : le système capitaliste il faut mettre ça de côté. Et c'était plutôt cette dimension-là dont j'étais conscient, le fait qu'on ne contestait pas juste les mesures, mais on contestait tout le système dans lequel on vivait. » (Entretien 9) Il n'hésite d'ailleurs pas à affirmer que ces préoccupations ont contribué à orienter ses décisions face aux CLSC (notamment en ce qui concerne le resserrement des contrôles en vue de mettre fin aux tendances à la contestation de ces établissements) (voir *supra*, section 9.3.3, p. 882-883).

Plus largement, il est clair que ce consensus idéologique autour de l'ordre établi a eu pour première conséquence générale de soumettre davantage les gouvernements de l'époque (de même que les réformatrices et les réformateurs des Affaires sociales) au pouvoir économique de la classe capitaliste – et donc à l'impératif de tenir compte des préférences et intérêts de la classe capitaliste. Cependant, soulignons que même si, comme nous l'avons vu, le milieu des affaires a effectivement fait, par le biais de ses organisations de classe, des pressions importantes sur les gouvernements et sur les réformatrices et réformateurs, ce consensus idéologique opère *sans même que des pressions soient nécessaires*, puisqu'il signifie que les limites imposées par l'ordre capitaliste sont en quelque sorte « internalisées » par les actrices et les acteurs politiques; autrement dit, il agit lui aussi comme mécanisme de sélectivité conduisant ces actrices et ces acteurs à exclure d'emblée, parmi les options envisagées, certaines possibilités considérées comme « incompatibles » avec le capitalisme – et à en favoriser d'autres.

Il en est ainsi par exemple de la possibilité de reconnaître comme droit fondamental l'accès aux services de santé et aux services sociaux, écartée par le MAS au profit d'une conception limitée de ce droit, qui se retrouve subordonné dans la LSSSS aux ressources dont disposent les établissements – ce qui revient, considérant qu'en régime capitaliste la classe économiquement dominante détient un contrôle décisif sur les ressources économiques disponibles, à subordonner l'étendue de ces services à ce que la classe capitaliste considère comme « acceptable » de financer. En fait, au niveau des principes, son adhésion à l'ordre capitaliste amène Castonguay – et plus largement le MAS – à partager avec le milieu des affaires la conviction que les politiques sociales ne doivent pas nuire à l'incitation au travail, ce qui est évidemment peu compatible avec l'idée d'une reconnaissance des droits sociaux comme droits fondamentaux (voir *supra*, section 9.2.2.4, p. 823-824).

De même, alors que la CESBES est convaincue de l'inefficacité, en regard de ses objectifs, du paiement à l'acte et plus généralement du modèle prédominant de la médecine libérale, elle n'envisagera jamais – ni le MAS après elle – une véritable socialisation de la médecine ou l'imposition du salariat pour les médecins rémunérés par la RAMQ; au contraire, les cliniques privées seront officiellement reconnues dans la version finale de la LSSSS, et le paiement à l'acte restera le mode de rémunération dominant.

La CESBES et le MAS n'envisageront pas non plus une véritable démocratisation des établissements, malgré les pressions en ce sens exercées par les mouvements syndical et populaire. Au-delà des justifications apportées par le ministre Castonguay concernant le fait que la gestion de ces établissements « est une opération extrêmement complexe » (Québec, 1971, 10 novembre), il est aussi très clair que sa méfiance à l'égard de la contestation sociale – et donc à l'égard de la remise en question de l'ordre établi (capitaliste) – a joué un rôle dans le choix d'écarter la possibilité d'une démocratisation réelle (voir *supra*, section 10.2.2.2). Pour les mêmes raisons, ni la

CESBES ni le MAS ne mettront de l'avant une conception socio-*politique* de la prévention.

De manière plus générale, l'adhésion fondamentale au capitalisme partagée par tous les partis s'étant succédé au pouvoir durant la période qui nous intéresse a de toute évidence joué un rôle crucial dans les choix politiques opérés par les gouvernements face aux difficultés économiques – et au climat social « problématique » (du point de vue du milieu des affaires et des gouvernements) – des années 1960-1970 (choix qui, comme nous l'avons vu, ont eu des impacts importants sur l'évolution du modèle des CLSC après 1974). Autrement dit, on peut considérer ici aussi que ce consensus idéologique a agi comme un mécanisme de sélectivité excluant certaines options et en favorisant d'autres.

Nous avons vu en effet que l'abandon des objectifs de plein-emploi et de l'approche keynésienne au profit de politiques monétaristes brutales et d'un virage néolibéral sont bel et bien des choix politiques dont le résultat sera de renverser le rapport de force en faveur de la classe capitaliste et de faire porter aux travailleuses et aux travailleurs (plutôt qu'aux capitalistes) le poids des difficultés économique (voir *supra*, section 9.1.3.3). Peuvent être interprétés de la même manière l'offensive gouvernementale contre les salaires, les conditions de travail et la combativité des travailleuses et des travailleurs du secteur public québécois (nous avons vu que tous les gouvernements qui se succéderont dans la province à cette époque partagent avec le milieu des affaires la conviction que le secteur public ne doit pas être la locomotive du secteur privé[626]) ainsi que le choix de cibler les politiques sociales face aux « contraintes budgétaires » (la possibilité d'augmenter les revenus de l'État par une imposition supplémentaire des plus riches et du capital n'a par exemple pas été envisagée, au contraire : des réformes fiscales successives ont eu exactement l'effet inverse[627]).

---

[626] Voir *supra*, section 9.2.2.4, p. 830-832.
[627] Voir *supra*, section 9.1.3.2, p. 775-776.

10.2.3.4 Les médiations organisationnelles de la classe des travailleuses et des travailleurs et le rapport de force entre les classes

Jusqu'à maintenant, il n'a été question que des biais systémiques favorables à la classe capitaliste institutionnalisés (ou « cristallisés ») au sein de l'État et du système socio-sanitaire. Autrement dit, nous avons vu comment l'analyse matérialiste et dialectique de l'histoire des CLSC a permis d'illustrer certains mécanismes de sélectivité par lesquels – en favorisant ou en excluant certaines possibilités – le point de vue et les intérêts de la classe capitaliste ont pu limiter ou contribuer à définir la forme prise par le modèle initial des CLSC et orienter son évolution subséquente.

Cependant, l'attention portée dans cette démarche au point de vue des « groupes dominés » (ici les travailleuses et les travailleurs) a aussi permis de montrer que, malgré ces limites et ces développements ultérieurs, le modèle initial des CLSC correspondait fortement au point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs – beaucoup plus en fait qu'à celui de la classe capitaliste. Il apparaît donc comme essentiel de réfléchir aux médiations par lesquelles cette classe est parvenue, *malgré les biais systémiques ou les mécanismes de sélectivité qui lui sont défavorables*, à imposer son point de vue et ses intérêts.

Une de ces médiations – celle qui est la plus facilement observable – concerne bien sûr les pressions directes sur les gouvernements exercées par l'entremise des organisations dont s'est dotée historiquement la classe des travailleuses et des travailleurs. Nous avons vu qu'à travers ces organisations, les travailleuses et les travailleurs ont développé un point de vue de classe relativement unifié en matière socio-sanitaire, malgré certaines nuances significatives entre les centrales syndicales et entre ces dernières et le mouvement populaire qui émerge durant les années 1960. Nous avons vu également que des pressions sont exercées dès les années 1920 sur le gouvernement fédéral par certains syndicats internationaux en faveur d'une assurance-maladie

universelle. À partir des années 1950 et avec l'échec des modèles privés d'assurance collective, ces pressions – qui visent désormais aussi le gouvernement provincial – s'intensifient considérablement et se généralisent à l'ensemble du mouvement syndical.

Durant les années 1960-1970 se produit une convergence idéologique et politique importante entre les syndicats et les divers mouvements sociaux, et le point de vue de la classe des travailleuses et des travailleurs en matière socio-sanitaire se radicalise fortement : les pressions se multiplient sur les gouvernements en faveur de l'adoption d'une assurance-maladie publique et universelle ainsi qu'en faveur d'une réforme globale du système de santé, et les centrales syndicales iront même éventuellement jusqu'à revendiquer l'étatisation de la médecine. Les centrales syndicales et les groupes populaires seront également très actifs pour faire valoir leur point de vue auprès de la CESBES et ensuite auprès du MAS lors des audiences sur le projet de loi 65. Plus spécifiquement, les centrales syndicales prendront position à plusieurs reprises et feront des pressions répétées en faveur du développement d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires en même temps que plusieurs cliniques populaires seront créées sur un modèle très proche de ce qui deviendra quelques années plus tard les CLSC.

Cependant, ces pressions directes ne suffisent évidemment pas à comprendre la forte convergence (malgré certaines limites) du modèle des CLSC – et de la réforme dans son ensemble – avec le point de vue et les intérêts exprimés par les travailleuses et les travailleurs. Elles ne permettent pas non plus de comprendre que le modèle initial des CLSC ait été préservé – et même radicalisé – sur le terrain jusqu'au début des années 1980, alors que les tentatives ministérielles de redéfinition du modèle s'amorcent dès 1974. Ceci est d'autant plus vrai que les travailleuses et les travailleurs ne profitent pas, pour leur part, de mécanismes de sélectivité jouant en leur faveur au sein des appareils de l'État et du système socio-sanitaire, bien au contraire : les biais systémiques existants tendent plutôt à les défavoriser.

C'est donc l'analyse de l'évolution du rapport de force entre les classes qui nous permet de comprendre que la classe des travailleuses et des travailleurs soit parvenue à imposer ses intérêts et son point de vue malgré le fait que « *under normal circumstances* the capitalist class will be able to mobilize and deploy a variety of key resources in greater and more efficient concentrations than other classes in society. » (Barrow, 1993, p. 16). En effet, considérant les biais systémiques favorables à la classe capitaliste, seul un rapport de force exceptionnellement favorable aux travailleuses et aux travailleurs pouvait permettre la mise en œuvre d'un modèle aussi proche de leurs revendications, et tout indique que ce rapport de force a aussi joué un rôle important dans la capacité des populations et des travailleuses et des travailleurs à défendre pendant plusieurs années, au niveau local, le modèle initial malgré sa remise en question par le ministère.

Plusieurs indicateurs permettent d'attester de l'existence d'un tel rapport de force durant les années 1960-1970, tant au Québec que dans le reste du monde occidental, indicateurs qui peuvent être considérés à la fois comme le résultat, la manifestation et la cause de ce rapport de force. Notamment, ces deux décennies sont marquées par une capacité d'influence considérable acquise par les syndicats auprès des gouvernements (voir *supra*, section 7.3, p. 574), ainsi que par un climat général de contestation sociale qui se manifeste par une explosion du nombre de conflits de travail et de conflits sociaux (grèves ouvrières et étudiantes, légales et illégales, manifestations, occupations – d'établissements scolaires, d'établissements de santé, et même d'une ville! –, désobéissance civile à grande échelle, etc.).

De plus, cette combativité de la classe des travailleuses et des travailleurs va se maintenir durant les années 1970 (et même s'intensifier) malgré la hausse du taux de chômage, qui s'accompagne pourtant souvent d'un affaiblissement du militantisme ouvrier. Les attentes élevés des travailleuses et des travailleurs, nourries par trois décennies de croissance soutenue, ainsi que le cadre institutionnel des années d'après-guerre, qui avec les politiques de plein-emploi et les programmes de sécurité sociale

atténue la discipline « naturelle » imposée par le marché du travail, contribuent à expliquer ces circonstances exceptionnelles.

S'il est donc possible d'observer, par le biais de plusieurs indicateurs, l'évolution « macro » du rapport de force entre les classe, et si ces indicateurs nous permettent de constater l'existence d'une montée des luttes populaires considérable durant les années 1960-1970, il est par contre plus difficile, comme cela a été précisé au moment de présenter la méthodologie, « d'observer » les effets, au niveau « micro » (et donc au niveau de l'État et du système socio-sanitaire), du rapport de force entre les classes et les médiations par lesquels il opère. En effet, ces médiations sont souvent globales, complexes et diffuses et donc difficilement réductibles à des indicateurs précis et mesurables.

La thèse a néanmoins permis d'illustrer, en montrant comment ils ont pu se manifester dans l'histoire des CLSC et du système socio-sanitaire québécois, certains « mécanismes » par lesquels la position structurellement dominante de la classe capitaliste dans les rapports de classe se traduit au niveau de l'État et de ses institutions par la « cristallisation » (ou l'institutionnalisation) de biais systémiques favorables à cette classe (voir sections précédentes). Elle a aussi permis – en partie sur la base d'entretiens avec des actrices et des acteurs de l'époque – de montrer comment la force du mouvement syndical durant les années 1970 a pu favoriser la préservation du modèle initial malgré les tentatives de redéfinition du ministère et comment son affaiblissement durant les années 1980 a eu l'effet inverse (voir *supra*, section 9.3.2). Enfin, la thèse a permis d'illustrer les effets plus « globaux » et « diffus » du rapport de force sur la forme prise par le modèle initial des CLSC, notamment en ce qui concerne l'influence de l'atmosphère idéologique ambiante des années 1970-1980 sur les réformatrices et les réformateurs de la CESBES et du MAS (voir *supra*, section 7.3).

Le climat idéologique de l'époque est en effet marqué par une normalisation, ou du moins par une diffusion importante des idées socialistes dans la société (c'est d'ailleurs par un rapprochement avec de tels idées que se réalise la convergence idéologique et politique des syndicats et des divers mouvements sociaux – nationaliste, populaire, féministe, etc.), et il peut certainement être considéré comme une autre manifestation du rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs (c'est par cette classe que ces idées ont historiquement été portées). Or, tout indique que les orientations progressistes et fortement « socialisantes » des réformatrices et des réformateurs, et en particulier le caractère global et social de la conception de la santé portée par ces actrices et ces acteurs, ne sont pas non plus étrangers à cette atmosphère idéologique (ceci est d'ailleurs évoqué dans plusieurs analyses des CLSC recensés en introduction, sans toutefois être rapporté au rapport de force entre les classes[628]).

La difficulté d'identifier spécifiquement les « causes » et les « effets » de celle-ci, son caractère « insaisissable » ou diffus mais puissant est très bien décrit par un acteur de l'époque (déjà cité précédemment; voir *supra*, section 7.3, p. 570), qui fait d'ailleurs directement le lien entre cette atmosphère et la création des CLSC :

> Il fallait que ça change, et c'était possible que ça change. Et c'était le climat généralisé. [...] Je ne sais pas qu'est-ce que ça prend pour faire un climat pareil, mais je peux te dire que ce climat-là... tout le monde se sentait sur une page blanche, à écrire. Et c'était généralisé, c'était pas juste ici au Québec. [...] C'était possible que ça soit organisé autrement, c'était crucialement important que ça soit organisé autrement, et c'était possible. [...] C'est ce climat-là dans lequel sont nés les CLSC et le début de l'animation sociale à Montréal. (Entretien 7)

Si d'autres participantes et participants aux entretiens témoignent de ce climat particulier et y voient aussi une des explications pour la création d'un modèle comme celui des CLSC, rappelons que Castonguay lui-même (également cité précédemment; voir *supra*, section 7.3, p. 576) réfère au climat idéologique de l'époque, établissant

---

[628] Voir par exemple *supra*, section 0.2.2, p. 17-18.

comme les autres un lien clair avec la forme prise par le modèle des CLSC, notamment en ce qui concerne l'ouverture à la participation :

> On était à l'époque où le concept de la participation était dominant. Tout le monde parlait de participation. On était aussi à l'époque de la contestation. Vous vous souvenez de Mai 68 par exemple et les incidents au Québec que nous avons eu au plan de la langue notamment et à toutes sortes d'autres points de vue. Alors l'approche qu'on avait prise c'était de dire : on va laisser le plus de latitude possible aux CLSC de se développer selon les besoins de la population et on va essayer d'impliquer la population pour que, en interaction avec les gens dans les CLSC, on détermine la gamme de services qui devaient être offerts. (Entretien 9)

Bref, les éléments d'analyse recueillis indiquent que dans le contexte d'un rapport de force fortement favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs, ses idées et son point de vue sont parvenues à contester l'hégémonie de l'idéologie libérale historiquement dominante et à diffuser assez largement dans la société un climat idéologique favorable aux approches socialisantes, notamment en matière socio-sanitaire. Il est également raisonnable de penser que la défense de telles idées par les réformatrices et les réformateurs de la CESBES et du MAS est en bonne partie, même si elles et ils n'en ont pas nécessairement conscience, le résultat de cette influence indirecte.

10.2.4 État capitaliste, autonomie relative de l'État et démocratie limitée

Comme le montrent les sections qui précèdent, l'analyse matérialiste et dialectique de l'histoire du modèle initial des CLSC nous permet d'illustrer et d'apporter un appui empirique supplémentaire à l'une des thèses principales de la théorie marxiste de l'État, qui affirme que l'État dans la société capitaliste est – même sous sa forme démocratique – *un État capitaliste*. En effet, l'État n'apparait pas dans l'analyse réalisée ici comme un arbitre « neutre » se situant au-dessus des intérêts qui sont en jeu et opérant des

compromis entre ces intérêts (comme dans la théorie pluraliste). Ceci est illustré d'abord par les limites qui ont marqué l'action de l'État dans le domaine socio-sanitaire durant les années 1970 et 1980 et par les tendances lourdes qui se sont affirmées dans la redéfinition du modèle des CLSC durant cette même période (et par la suite). Ceci est illustré également par le rôle joué par les « mécanismes » ou les biais systémiques favorisant l'inscription des intérêts de la classe capitaliste au sein de l'État et de ses institutions dans la définition de ces limites et dans cette évolution du modèle.

Plus largement, le caractère capitaliste de l'État est aussi illustré par le rôle actif joué par l'État dans l'évolution du rapport de force entre les classes durant les années 1970-1980 : l'histoire des CLSC et l'analyse de l'évolution de ce rapport de force tend à montrer que *l'État – tant sous la gouverne du Parti libéral que sous celle du Parti québécois – a directement participé au renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste*. Nous avons vu en effet que dans la plupart des pays occidentaux, même ceux gouvernés par des partis socio-démocrates, l'État soutient activement, par plusieurs mesures, l'offensive de la classe capitaliste visant à renverser le rapport de force en sa faveur ainsi que ses tentatives de faire porter aux travailleuses et aux travailleurs le poids des problèmes économiques qui s'intensifient durant les années 1970.

Au Canada et au Québec, la multiplication spectaculaire des lois spéciales suspendant les droits syndicaux des travailleuses et des travailleurs, l'imposition de lois anti-inflation forçant le contrôle des salaires et des prix (mais surtout des salaires) et les peines de prison à l'encontre de dirigeants syndicaux – autant de mesures réclamées ou appuyées par le milieu des affaires – sont des manifestations de l'appui apporté par l'État durant les années 1970 à l'offensive capitaliste contre les travailleuses et les travailleurs (et notamment contre leurs capacités organisationnelles). À une échelle plus restreinte, les efforts du ministère des Affaires sociales pour étouffer la contestation sociale issue des CLSC – alors considérés à l'époque comme une des

sources importantes de radicalisation et de mobilisation au Québec – peuvent aussi être compris comme une de ces manifestations, d'autant plus que la vague de contestation socio-politique qui déferle alors sur la province (comme ailleurs dans le monde occidental) est une des motivations principales qui stimule l'offensive du milieu des affaires.

En fait, avec le choc monétaire décidé par les banques centrales de plusieurs pays occidentaux (y compris au Canada) à la fin des années 1970, on peut même considérer que l'État a non seulement activement participé au renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste qui se produit à partir du début des années 1980, mais qu'il y a aussi joué un rôle décisif. La décision d'abandonner officiellement l'objectif keynésien du plein-emploi pour favoriser une politique monétariste axée sur la lutte contre l'inflation illustre aussi comment l'État a directement contribué à faire porter par les travailleuses et les travailleurs le poids de la crise économique. Ainsi, comme le soulignent Dominique et Lévy (2000), la vague de chômage importante qui a frappé la plupart des pays occidentaux à l'époque et son explosion avec la récession du début des années 1980 – qui a eu pour effet d'affaiblir considérablement les travailleuses et les travailleurs face à la classe capitaliste – ne doit pas être compris comme la conséquence inéluctable des problèmes économiques qui marquent la période, mais plutôt (en partie au moins) comme le fruit de choix politiques opérés par l'État.

S'ajoute à cela au Québec une attaque sans précédent de l'État au début des années 1980 à l'encontre des travailleuses et des travailleurs du secteur public, qui sont alors la locomotive du mouvement syndical québécois et qui, en bonne partie pour cette raison, sont depuis le début des années 1970 une des cibles privilégiées de l'offensive du milieu des affaires visant le renversement du rapport de force dans la province. Cette attaque, menée par un gouvernement du Parti québécois qui affiche pourtant un « préjugé favorable » aux travailleuses et aux travailleurs, est encore une fois emblématique du fait que durant les années 1970 et 1980, le soutien de l'État à

l'offensive de la classe capitaliste en vue du renversement du rapport de force entre les classes s'est manifesté *peu importe le parti politique au pouvoir*. Au Québec, mais aussi dans de nombreux pays occidentaux, des partis socio-démocrates (ou, comme le PQ, les partis se disant « favorables » aux travailleuses et aux travailleurs) ont en effet joué un rôle majeur dans le virage au néolibéralisme qui se produit au tournant des années 1980. On a vu également que les grandes tendances dans la redéfinition du modèle initial des CLSC qui s'amorcent à partir de 1974 et qui conduisent le modèle à se rapprocher du point de vue de la classe capitaliste ne sont pas renversées par le gouvernement du Parti québécois élu en 1976 : au contraire, elles seront approfondies davantage.

L'analyse du destin des CLSC permet aussi d'illustrer la thèse de l'autonomie relative de l'État face aux intérêts immédiats ou sectoriels de la classe capitaliste. On peut référer ici à Miliband qui affirme que le degré d'autonomie de l'État – et donc sa capacité à se distancier des intérêts immédiats ou sectoriels de la classe dominante malgré les biais systémiques qui la favorisent – dépend de la capacité des classes dominées à contester l'hégémonie de cette dernière. Or, on peut certainement affirmer que les années 1960-1970, durant lesquelles sont pensés et créés les CLSC, ont représenté un tel contexte.

En effet, on peut considérer que dans le cas des CLSC, c'est son autonomie relative qui a permis à l'État d'adopter, sous la pression de la classe des travailleuses et des travailleurs alors engagés dans une très forte montée des luttes, une réforme pourtant très éloignée – et même contraire sous de nombreux aspects – au point de vue de la classe capitaliste. De même, ce cas permet d'illustrer que l'État ne répond pas non plus automatiquement aux demandes et pressions de la classe capitaliste, surtout lorsque la mobilisation populaire est forte.

Ainsi, l'offensive de la classe capitaliste contre les dépenses sociales de l'État et contre les travailleuses et les travailleurs du secteur public n'a durant les années 1970 qu'un

succès relatif, en partie probablement à cause du souci du gouvernement de maintenir la « paix sociale » (déjà fortement menacée par le climat de contestation sociale de l'époque) et parce qu'attaquer de front les programmes sociaux était dans les circonstances électoralement trop risqué (ce dont la classe capitaliste est d'ailleurs elle-même consciente). De même, la restructuration de l'État-providence entreprise par l'État durant les années 1980, si elle conduit à réformer les politiques sociales dans un sens qui renforce l'incitation au travail (ce qui répond clairement à une demande centrale de la classe capitaliste), ne permet pas de réduire de manière très marquée les dépenses sociales de l'État.

La réponse de l'État aux pressions du milieu des affaires québécois en faveur d'une plus grande « efficacité » des CLSC (et, en général, de la gestion des fonds publics engagés dans les programmes sociaux) et contre la participation populaire sur les conseils d'administration des établissements du secteur parapublic ne sera pas non plus tout à fait celle attendue par la classe capitaliste. Probablement parce qu'il était dans ce cas aussi politiquement difficile, dans un climat de mobilisations sociales importantes, d'attaquer directement la participation populaire, le ministère choisira plutôt dans le cas des CLSC de tenter d'accroitre leur efficacité en centralisant les décisions et en réduisant leur marge de manœuvre, ce qui aura finalement pour résultat un déclin de la participation populaire. Cette stratégie du ministère, si elle permet de répondre au moins partiellement aux pressions de la classe capitaliste, implique cependant aussi un encadrement étatique accru des établissements, alors que la classe capitaliste est généralement peu sympathique aux tendances à la centralisation bureaucratique de l'État[629].

Par ailleurs, l'analyse conduite ici permet d'illustrer la thèse marxiste selon laquelle la démocratie sous le capitalisme est *limitée*. En effet, que l'État démocratique dans la

[629] Quoique l'appui enthousiaste de la Fédération des chambres de commerce du Québec à la réforme pour le moins centralisatrice réalisée récemment par la loi 10 montre que l'hostilité de principe de la classe capitaliste à l'égard de la bureaucratie étatique est malléable.

société capitaliste soit un État capitaliste n'est bien sûr pas sans conséquence pour la démocratie elle-même telle qu'elle s'institutionnalise dans les sociétés capitalistes. Le rapport de la Commission trilatérale sur la « crise de la démocratie » est ici particulièrement révélateur : si, du point de vue de la classe capitaliste, la démocratie est durant les années 1960 et 1970 en crise dans l'ensemble des pays occidentaux, c'est parce qu'elle génère « trop » de participation populaire, « trop » de demandes. Autrement dit, pour la classe capitaliste, la démocratie n'est acceptable que dans la mesure où elle ne permet pas « trop » à la volonté populaire de s'imposer.

On pourrait donc dire que la démocratie capitaliste ne peut pas tolérer « trop » de démocratie, et qu'une des conditions de la démocratie dans le système capitaliste est qu'elle ne soit pas, aux yeux de la classe capitaliste, trop menaçante pour les intérêts qu'elle considère comme vitaux. On a vu d'ailleurs qu'au paroxysme de la vague de contestation socio-politique qui déferle sur le monde occidental durant les années 1960 et 1970, des membres de la classe capitaliste et de l'élite politique, qui craignent pour la survie même du système capitaliste, ont été dans plusieurs pays jusqu'à remettre la démocratie en question (ce qui, notamment au Chili et en Grèce, s'est traduit par de véritables coups d'État).

En cela, les CLSC du début des années 1970 apparaissent en quelque sorte comme un microcosme de la démocratie capitaliste, notamment parce que ces établissements représentent – plus que tout autre au sein du réseau socio-sanitaire – une tentative de démocratisation des institutions publiques dans la société capitaliste. Or, si la démocratie devient un « problème » ou une menace pour la classe capitaliste et l'élite politique à partir du moment où elle permet « trop » à la volonté populaire de s'exprimer et de s'imposer, il en va de même pour la participation dans les CLSC. Castonguay admet d'ailleurs lui-même la très grande prudence des réformatrices et des réformateurs à l'égard de l'ouverture à la participation populaire, et il ressort très clairement de ses propos – et des actions du MAS à partir de 1974 – que cette ouverture

était en fait conditionnelle à ce qu'elle n'engendre pas « trop » de contestation et de revendications sociales et politiques. Autrement dit, oui à la participation populaire, dans la mesure où celle-ci n'est pas « trop » dérangeante.

Plus largement, l'analyse des limites de la démocratie capitaliste telles qu'elles se sont manifestées dans le domaine socio-sanitaire au Québec a permis d'illustrer trois choses : 1) que si ces limites prennent effectivement un caractère structurel (puisque des tendances fortes observées au Québec et dans plusieurs autres pays capitalistes peuvent être identifiées), elles ne sont pas pour autant désincarnées – des actrices et des acteurs se profilent derrière elles ; 2) que ces limites ne sont pas des limites « absolues » et que leurs frontières précises à un moment donné dépend notamment du rapport de force entre les classes ; 3) que ces limites renvoient au point de vue et aux intérêts de la classe capitaliste ou, autrement dit, à ce que la classe capitaliste considère comme « acceptable » dans chaque contexte.

Enfin, le caractère capitaliste de l'État et les limites de la démocratie capitaliste se manifestent aussi au niveau de l'histoire de ce qu'il est convenu d'appeler « l'État-providence ». La création des CLSC montre qu'il est possible pour la classe des travailleuses et des travailleurs de faire des gains sociaux importants qui vont à l'encontre du point de vue et des intérêts de la classe capitaliste. Au-delà du cas des CLSC, les travailleuses et les travailleurs ont fait, non seulement au Québec, mais aussi partout dans le monde occidental, des gains nombreux en matière de politiques sociales, y compris la mise en œuvre de programmes sociaux à portée universelle (pourtant contraire au point de vue du milieu des affaires en matière de politiques sociales). Si les premières avancées à cet égard datent de la fin du XIXe siècle, c'est à partir de la Seconde guerre mondiale et dans le contexte d'un rapport de force qui est globalement de plus en plus favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs que se consolide « l'État-providence ».

Nous avons vu que des tenants de la théorie pluraliste de l'État voient là une démonstration claire du caractère véritablement démocratique de l'État libéral : la classe des travailleuses et des travailleurs, malgré les inégalités économiques qui, dans le système capitaliste, la désavantage par rapport à la bourgeoisie, est néanmoins en mesure, grâce aux institutions démocratiques, de faire valoir son point de vue et ses intérêts auprès de l'État et de gagner des batailles décisives contre la classe capitaliste. Or, il ressort de l'analyse conduite ici – sur le cas spécifique des CLSC, mais aussi plus largement sur l'histoire de l'État-providence – que les gains sociaux des travailleuses et des travailleurs, s'ils sont effectivement possibles dans le cadre de la démocratie capitaliste, restent néanmoins non seulement *limités*, mais aussi *précaires*. Ainsi, on a pu constater que ces gains, généralement obtenus dans le contexte d'un rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs et pourtant conçus par cette dernière comme des *droits sociaux fondamentaux* (et donc inaliénables), ont subi des reculs importants dès que ce rapport de force a été renversé. Même en situation défavorable, la classe capitaliste conserve en effet son pouvoir économique – et continue de bénéficier des biais systémiques pro-capitalistes institutionnalisés au cœur de l'État et de ses institutions – sur lesquels elle peut s'appuyer pour passer à l'offensive au moment propice ou lorsqu'elle sent ses intérêts vitaux menacés.

De plus, cette restructuration des politiques sociales dans un sens qui correspond aux intérêts de la classe capitaliste – ce que d'autres appellent la « crise de l'État-providence » – est menée par l'État malgré le fait qu'elle s'oppose clairement à la volonté populaire et, de ce fait, aux intérêts électoraux des actrices et des acteurs politiques. En cela, elle met en question non seulement le caractère véritablement démocratique de l'État dans la société capitaliste (et donc la théorie pluraliste), mais aussi les thèses de la théorie néo-institutionnaliste : il est en effet difficile d'expliquer, à partir des intérêts propres à l'État ou à ses actrices et acteurs principaux, la remise en question par les élues et les élus des « arrangements institutionnels » cristallisés durant les années d'après-guerre dans « l'État-providence », puisqu'une telle remise en

question est considérée comme électoralement suicidaire[630]. Ces analyses réfèrent donc généralement – en contradiction avec leur approche théorique qui appelle à un recentrement des analyses sur l'État – à des facteurs « externes » à l'État pour expliquer le désengagement de l'État : ce sont ici aussi, encore une fois, les incontournables « contraintes financières » imposées à l'État par le contexte de crise économique qui interviennent dans l'analyse, sans que ces facteurs économiques soient eux-mêmes problématisés.

Or, la problématisation de ces facteurs opérée dans la thèse a permis de constater que ces contraintes, loin de s'imposer de manière désincarnée aux actrices et aux acteurs étatiques, ont été l'objet de choix politiques, opérés sous la pression d'une offensive soutenue de la classe capitaliste à l'encontre du cadre institutionnel des années d'après-guerre, dont l'État-providence est une des dimensions fondamentales. Ainsi, alors que la très grande impopularité de la remise en question par l'État des gains sociaux des années d'après-guerre est attestée par la plupart des analyses néo-institutionnalistes de la crise de l'État-providence – ainsi que par le milieu des affaires québécois lui-même qui, durant les années 1970, modère ses revendications pour cette raison – la volonté de l'État d'aller néanmoins dans ce sens apparait encore une fois comme une manifestation du caractère capitaliste de l'État – et de la démocratie – dans la société capitaliste.

[630] La plupart des analyses néo-institutionnalistes voient également un intérêt pour la bureaucratie étatique dans le développement des politiques sociales. La remise en question de ces politiques peut donc aussi difficilement être conçue comme s'inscrivant dans les intérêts des bureaucrates.

10.3 Les rapports sociaux de sexe comme point aveugle de la thèse : quelques pistes de recherche

Au terme de cette démarche de recherche, les trois hypothèses formulées en début de parcours trouvent donc un appui substantiel. On peut en effet désormais affirmer que :

1) La naissance et l'abandon du modèle des CLSC peuvent être liés au processus plus large d'émergence et de crise de l'État-providence, processus lui-même sous-tendu par la dynamique des rapports entre les classes sociales qui traversent le système capitaliste durant cette période historique.
2) Il est possible d'établir un lien entre les contraintes et les limites qui ont pesé sur le modèle initial des CLSC – et qui ont contribué autant à déterminer sa forme et qu'à précipiter son abandon –, et celles qui pèsent plus généralement sur l'État démocratique dans la société capitaliste et sur sa capacité à entreprendre et à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des intérêts de la classe des travailleuses et des travailleurs.
3) Ces contraintes et ces limites, qui apparaissent dans plusieurs analyses sous la forme de structures ou de contraintes « objectives » et désincarnées, peuvent être comprises, dans une perspective matérialiste et dialectique, comme la « cristallisation momentanée » de rapports sociaux, et notamment de rapports entre classes sociales.

Si la démarche de recherche menée à partir de ces hypothèses a permis : de contribuer à l'analyse de l'histoire du modèle initial des CLSC et aussi plus largement du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois ; de rendre visible le rôle des rapports de classe dans cette histoire ; de montrer la pertinence de la méthode dialectique ; d'illustrer certaines thèses de la théorie marxiste de l'État ; elle est néanmoins, malgré le champ visuel très large adopté ici, marquée par certains points aveugles.

L'un d'entre eux concerne le rôle éventuel joué – directement ou indirectement – par les rapports sociaux de sexe dans l'histoire des CLSC, et plus largement dans l'histoire du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois. Ce point aveugle, qui est aussi partagé par l'ensemble des analyses recensées, est d'autant plus problématique dans une démarche qui place au cœur de sa méthode la nécessité d'appréhender les phénomènes sociaux à partir de la « totalité », c'est-à-dire à partir du système social global dans lequel ils s'inscrivent. Or, ce système social global – ou la « totalité » – ne peut être réduit au système capitaliste et aux rapports sociaux de classe qui le structurent. Dans cette optique, il apparait pertinent, voire même essentiel, d'aborder les phénomènes sociaux en les inscrivant non seulement dans le système capitaliste et les rapports de classe, mais aussi dans le système patriarcal et les rapports de sexe.

Sans entrer ici dans des considérations théoriques concernant l'articulation de ces différents systèmes d'exploitation et d'oppression, il est apparu nécessaire de proposer au moins quelques pistes de recherche pour une future analyse féministe de l'histoire des CLSC. En effet, la prise en compte des rapports sociaux de sexe pour comprendre l'histoire des CLSC et, plus largement, celle du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois semble être une avenue de recherche d'autant plus porteuse que, dans le domaine socio-sanitaire, les femmes occupent, historiquement et encore aujourd'hui, une place fortement majoritaire[631]. Baillargeon souligne ainsi « l'importance de prendre les femmes en compte dans toute étude portant sur l'univers de la santé, car elles ont certainement été les plus nombreuses à dispenser les soins et à les recevoir. » (1999, p. 47) Considérant cela, il est même étonnant que les rapports sociaux de sexe et le rôle des femmes comme actrices de l'histoire des CLSC soient complètement absents de la littérature sur les CLSC.

[631] Selon les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux, les femmes occupent actuellement 82% des emplois dans le secteur de la santé (MSSS, [s. d.]c).

Une démarche de recherche qui viserait à aller dans ce sens pourrait d'abord, à l'image de la démarche menée dans la présente thèse, s'attacher à rechercher les rapports sociaux de sexe potentiellement à l'œuvre derrière les facteurs qui interviennent dans les analyses recensées, facteurs qui ont ici été analysés dans une perspective de classe. Démontrer que des rapports de sexe ont contribué, par exemple, à structurer le système socio-sanitaire tel qu'il se présente au moment de la Réforme des Affaires sociales serait une manière de rendre visible le rôle – au moins indirect – des rapports sociaux de sexe dans l'histoire des CLSC. Or, à partir d'indices décelés dans la littérature sur les CLSC, mais surtout à partir d'analyses féministes de l'État-providence, de l'histoire du Québec et du domaine socio-sanitaire, il est déjà possible d'ouvrir des avenues dans cette direction et, du même coup, de formuler certaines ébauches de questions de recherche.

Ainsi, alors que la domination de la médecine scientifique, curative et individualiste de même que la constitution de la profession médicale en actrice puissante du réseau, qui sont deux facteurs ayant eu un impact important sur l'histoire des CLSC, ont été abordés ici dans une perspective de classe, le texte de Berliner (1981) sur lequel s'appuie en partie cette analyse suggère par ailleurs que ces facteurs sont aussi fortement tributaires des rapports sociaux de sexe. Et en effet, plusieurs analyses (Armstrong et Armstrong, 1999 ; Baillargeon, 1999 ; Ehrenreich, 1981 ; Ehrenreich et English, 2016) montrent que ces deux processus historiques ne se sont pas seulement réalisés par la marginalisation, avec le soutien de la classe capitaliste, des médecins ou des soignants issus des milieux populaires.

Ils ont aussi passé par la délégitimation et la répression des pratiques soignantes des femmes (et notamment des sage-femmes), avec pour résultat que la profession médicale ne sera pas seulement caractérisée par ses affinités de classe, mais aussi par un monopole *masculin* sur la pratique légitime de la médecine. Plus encore, la consolidation de la médecine scientifique et de la profession médicale s'est aussi

réalisée à travers la subordination, au sein du système de soins, des femmes soignantes aux médecins (hommes)[632]. Selon Kathryn McPherson, « l'ascension de la profession médicale au XIXe siècle s'est carrément appuyée sur la création d'un groupe d'auxiliaires qualifiées, essentielles pour exécuter les traitements médicaux scientifiques recommandés par les médecins. » (Baillargeon, 1999, p. 50) Autrement dit, tout indique que si les médecins sont devenus des acteurs puissants au sein du réseau socio-sanitaire, c'est aussi (et peut-être même d'abord) *parce que ce sont des hommes* qui se sont approprié le monopole de la pratique médicale.

Ensuite, les travaux de Juteau et Laurin (1990) laissent penser que la puissance des administrations hospitalières au moment de la Réforme Affaires sociales, envisagée ici à partir d'une analyse de classe, doit aussi être analysée à partir des rapports sociaux de sexe. Selon elles :

> Rien n'est vraiment compréhensible dans la trame des événements qui marquent à ce moment de l'histoire du Québec, le passage du système hospitalier vers sa forme actuelle, si on fait abstraction des rapports entre les sexes et du fait que ces rapports, bien souvent, transcendent et traversent les rapports, tant politiques qu'institutionnels, entre les classes sociales et leurs fractions (Juteau et Laurin, 1990, p. 44)

Juteau et Laurin soutiennent que durant le processus d'étatisation des hôpitaux (qui est aussi un processus de laïcisation puisque les hôpitaux étaient auparavant détenus et gérés par des congrégations religieuses féminines), « [l]a seule véritable bataille qui sera livrée, opposera non pas l'Église à l'État, mais plutôt l'Église aux communautés de femmes qui ont la propriété et la direction des hôpitaux. » (Juteau et Laurin, 1990, p. 43). Au sein même des hôpitaux, « trois groupes vont s'affronter : d'un côté, les nouveaux technocrates de l'État et les nouveaux gestionnaires des hôpitaux ; et de

---

[632] Bien que nous n'ayons pas ici les données concernant le système de soins québécois au moment de la Réforme des Affaires sociales, Navarro illustre de manière frappante la hiérarchie sexuelle qui caractérisait le système de soins états-uniens à la même époque (Navarro, 1976, plus particulièrement les tableaux p. 139 et 144 et la discussion p.170-178).

l'autre, les religieuses hospitalières que ces deux groupes d'hommes veulent remplacer. » (Juteau et Laurin, 1990, p. 43-44) Il ressort donc de l'analyse de ces deux auteures qu'à travers la réforme des hôpitaux qui s'amorce dans les suites de l'adoption de l'assurance-hospitalisation au début des années 1960 s'est produit un « changement de garde », et qu'une des caractéristiques principales de ce changement est que les femmes ont été remplacées par des hommes à la tête des établissements hospitaliers. À partir de cette analyse, il pourrait être intéressant d'explorer l'hypothèse d'un lien entre cette appropriation par les hommes des postes de direction et d'administration dans les hôpitaux et la capacité de ces institutions à se poser en actrices dominantes du réseau socio-sanitaire.

Il semble aussi très clair que si la bourgeoisie « éclairée » du XIXe siècle a joué un rôle important dans l'émergence des premières initiatives (privées et publiques) dans le domaine de la santé publique, ce sont en fait très souvent (voire même la plupart du temps) *des femmes et des regroupements de femmes* (bourgeoises et petites-bourgeoises) qui sont derrière ces initiatives. Ceci ressort de plusieurs des sources sur les premières interventions étatiques dans ce domaine, mais aussi de la littérature sur l'histoire des femmes au Québec (Baillargeon, 2012 ; Collectif Clio, 1992 ; Dumont 2008, 1995)[633]. Il semble en effet que le domaine de la santé et de l'hygiène publiques est un domaine où certaines femmes (blanches et de classe moyenne et supérieure) pouvaient espérer – par le biais des organisations philanthropiques et des congrégations religieuses féminines – acquérir un certain pouvoir, une certaine reconnaissance et un certain prestige sociaux.

Autrement dit, il est très bien connu que les groupes de femmes ont joué un rôle central dans le développement de la santé publique, ce qui suggère que les rapports de classe qui traversent ce domaine sont fortement entrecroisés par des rapports de sexes qu'il

[633] Sur les États-Unis, voir également Ehrenreich et English (2016), qui développent à ce sujet (ainsi qu'à propos de la profession médicale) une analyse historique passionnante croisant les rapports de classe, de sexe et de race.

serait aussi intéressant d'analyser. En effet, une telle démarche permettrait de découvrir dans quelle mesure les rapports de sexe ont contribué à structurer le caractère préventif versus curatif du système socio-sanitaire. Par exemple, on pourrait faire l'hypothèse suivante : le fait que le domaine de la santé publique (et de la prévention) soit un domaine historiquement associé aux femmes alors que celui de la médecine curative, scientifique et individualiste est monopolisé par les hommes pourrait contribuer à expliquer – en plus des rapports de classe – le déclin de la santé publique et le virage curatif qui s'impose au sein du système de santé durant la première moitié du XXe siècle.

La littérature sur l'histoire des femmes au Québec – et plus largement la littérature féministe sur l'État-providence – montrent également que les pressions exercées par les groupes de femmes auprès des gouvernements ont joué un rôle important dans le développement de l'État-providence au Québec, au Canada et ailleurs. De même, les analyses de Tucker (1990) et de Petitclerc (2012) sur les premières luttes ouvrières en faveur de la santé et sécurité au travail en Ontario et sur le développement des assurances sociales au Québec soulignent que des considérations liées à la préservation du système patriarcal ont motivé les premiers réformateurs dans ces domaines et ont fortement contribué à définir la forme prise par ces politiques sociales. Autrement dit, si la construction du cadre institutionnel des années d'après-guerre et les initiatives du gouvernement fédéral dans le domaine social sont tributaires des rapports de classe, et en particulier de l'évolution du rapport de force entre les classes, tout indique que les rapports sociaux de sexe et leur évolution ont aussi contribué à ces développements, et donc au contexte dans lequel sont conçus et créés les CLSC.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'idéologie des réformatrices et des réformateurs ayant conçu et mis en œuvre le modèle initial des CLSC, certains indices suggèrent, ici aussi, que les rapports de sexe ont pu jouer un rôle dans sa formation. Si la très grande proximité entre le point de vue des commissaires de la CESBES et celui

de la classe des travailleuses et des travailleurs a été ici clairement démontrée, on peut aussi constater des analogies frappantes entre le modèle de médecine sociale et globale défendu par la CESBES, la conception de la santé portée par les mouvements syndical et populaire ainsi que les revendications féministes en matière de santé. L'analyse de la place et du rôle du mouvement féministe – qu'on peut lui-même considérer comme partie prenante du mouvement populaire *et* du mouvement syndical (pensons aux comités de femmes qui se formeront dans les grandes centrales syndicales) – dans l'émergence de la critique radicale et populaire de la médecine libérale qui émerge durant les années 1960 au Québec reste à faire.

L'histoire du *Birth Control Handbook* (créé par des étudiants et étudiantes de McGill et ayant connu un succès spectaculaire d'envergure internationale ; voir Sethna, 2006) montre en fait qu'il est difficile de distinguer les origines « populaires » des origines « féministes » de cette critique. En effet, le mouvement féministe québécois développera lui aussi, à partir de la seconde moitié des années 1960 et dans la foulée de ses revendications pour le droit à l'avortement (et donc à la même époque que les mouvements syndical et populaire), une critique virulente de la médecine, considérée comme patriarcale et comme consacrant, dans le domaine sanitaire, le contrôle et le pouvoir des hommes (dont les médecins) sur le corps des femmes (voir notamment les textes du Front de libération des femmes du Québec réunis par O'Leary et Toupin, 1982).

Sur cette base, le mouvement féministe défendra une conception alternative de la santé et de la médecine axée sur l'autonomie et le pouvoir des femmes sur leur propre corps qui est à plusieurs égards très proche de la conception de la santé qui se dégage des discours et des pratiques mises en œuvre au sein des cliniques populaires (pour une version récente mais très explicite de cette conception de la santé, voir le document produit par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2008). Le mouvement féministe produira aussi ses propres pratiques et organisations autonomes

de services, dont des cliniques de santé des femmes se rapprochant fortement du modèle des cliniques populaires (Lamoureux, 1990a). D'ailleurs, s'il a semblé essentiel dans la présente démarche de recherche d'effectuer une comparaison systématique entre le modèle initial des CLSC et celui des cliniques populaires, une comparaison entre ces deux modèles et celui des centres de santé des femmes pourrait aussi être fort instructive.

L'hypothèse d'une influence du mouvement féministe sur l'idéologie de la CESBES (et donc sur la forme prise par le modèle initial des CLSC) mérite d'autant plus d'être explorée que, comme cela a été abordé rapidement dans la thèse, le mouvement féministe québécois a contribué au contexte de radicalisation et de politisation des années 1960 et 1970 qui, au Québec, s'est manifesté sous la forme de ce qu'il est convenu d'appeler la « Révolution tranquille ». Cette époque est en effet aussi l'époque de la « deuxième vague » du féminisme, qui a pris, notamment avec le FLFQ, des formes particulièrement radicales et combatives. Ainsi, ce sont des femmes qui ont été les premières à défier le règlement anti-manifestation décrété par le maire de Montréal Jean Drapeau dans la foulée des événements de l'automne 1969, encourageant ainsi les mouvements syndical et populaire à faire de même (Toupin et O'Leary, 1982). Les droits des femmes connaissent d'ailleurs à cette époque des avancées importantes, ce qui suggère un mouvement féministe particulièrement vigoureux (c'est-à-dire susceptible d'être en mesure d'imposer son point de vue).

Plus largement – et plus profondément – il serait intéressant d'analyser de quelle manière la configuration particulière du système patriarcal au Québec et son évolution à partir du début des années 1960 ont pu avoir un impact non seulement sur l'histoire des CLSC et du système socio-sanitaire, mais aussi sur les particularités de l'État-providence québécois et sur l'évolution du rapport de force entre les classes dans la province. Il ressort clairement de la littérature sur l'histoire des femmes au Québec que le système patriarcal est dans la province caractérisé jusqu'au début des années 1960

par le rôle important que joue l'Église catholique dans sa préservation et sa reproduction. Dans une analyse toute en nuances, Dumont (1995) montre que les vocations religieuses féminines très nombreuses au Québec renvoient en partie à cette configuration particulière du système patriarcal : pendant plusieurs décennies, les vocations religieuses représentent en effet pour les femmes une des seules alternatives socialement valorisée au mariage, et c'est au sein de l'Église que les femmes sont au Québec les plus susceptibles de réaliser certaines aspirations sociales.

Or, on pourrait faire l'hypothèse que ces vocations religieuses nombreuses sont une des « bases matérielles » fondamentales qui ont permis à l'Église de maintenir aussi longtemps un monopole sur les politiques sociales de compétence provinciale, notamment la santé et l'éducation. En effet, les religieuses ont représenté une source abondante de main-d'œuvre féminine gratuite sans laquelle l'intervention de l'État dans ces domaines serait peut-être devenue incontournable bien avant les années 1960[634]. On pourrait aussi se demander dans quelle mesure cette main-d'œuvre gratuite a contribué à maintenir à un niveau médiocre les salaires versés à la main-d'œuvre (elle aussi très majoritairement féminine) employée dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

Autrement dit, certains indices – qui méritent certainement d'être explorés davantage – suggèrent que la configuration particulière du système patriarcal au Québec *a contribué au retard du Québec dans le domaine des politiques sociales*, retard qui, comme nous l'avons montré dans la thèse, a eu pour conséquence que l'État-providence québécois a été développé au moment où le rapport de force favorable à la classe des travailleuses et des travailleurs était à son sommet. Dans cette optique, on peut envisager que les rapports sociaux de sexe aient joué un rôle, au moins indirect,

---

[634] Certaines analyses recensées mentionnent l'importance du « bénévolat » dans le système de soins avant les années 1960, sans souligner toutefois que ce bénévolat correspond en fait au travail gratuit de générations de femmes (et donc sans en tirer non plus de conclusion sur le rôle des rapports sociaux de sexe dans l'histoire du système socio-sanitaire).

dans le fait qu'un modèle comme celui des CLSC soit apparu au Québec et pas ailleurs, ainsi que dans le passage rapide dans la province d'un État-providence « sous-développé » à un des États-providence les plus avancés de l'Amérique du Nord.

Plus encore, on pourrait faire l'hypothèse que les transformations du système patriarcal et l'évolution des rapports sociaux de sexes durant les années 1950 et 1960 ont également joué un rôle important pour motiver les réformes du secteur socio-sanitaire (ainsi que celui de l'éducation) à partir du début des années 1960. Comme le souligne Dumont (1995), ces transformations sont liées à une baisse marquée, à cette époque, du nombre des vocations religieuses (et donc à un déclin de la main-d'œuvre féminine gratuite dans les secteurs de la santé et de l'éducation). Or, nous avons vu qu'outre les pressions exercées par le mouvement syndical, une des raisons importantes derrière l'adoption de l'assurance-hospitalisation au Québec se trouve dans l'approfondissement des problèmes financiers des hôpitaux que les nouveaux modèles d'assurance collective privée n'ont pas réussi à résoudre.

Selon Guérard et Rousseau, une des principales causes de l'approfondissement de ces problèmes financiers se trouve d'ailleurs dans « une hausse considérable des dépenses liées pour une bonne part à la rémunération du personnel », avec pour résultat que « les déficits des hôpitaux généraux publics deviennent un problème généralisé, récurrent, tout à fait hors de contrôle. » (Guérard et Rousseau, 2006, p. 318) Lee (1979, p. 5) mentionne pour sa part que la hausse des coûts en santé est associée au déclin du « bénévolat » dans le secteur ou, autrement dit, du travail gratuit des femmes. Poser la question d'un lien entre ces développements et la nécessité qui s'impose à partir des années 1960 de mettre en œuvre une réforme majeure du réseau socio-sanitaire (et du système d'éducation) semble donc tout à fait pertinent.

On peut ajouter à cela que ces transformations du système patriarcal et l'évolution des rapports sociaux de sexe au Québec durant les années 1950 et 1960, qui s'accompagnent d'une chute rapide des vocations religieuses, sont aussi fort

probablement liées au développement d'une combativité nouvelle des travailleuses et des travailleurs du (nouveau) secteur public (et en particulier des domaines socio-sanitaire et de l'éducation). Ces travailleuses et ces travailleurs sont en fait en grande majorité des travailleuses qui, peut-on penser, acceptent de moins en moins les maigres salaires auxquels sont jusqu'aux années 1960 condamnées les travailleuses et les travailleurs du secteur public. On a vu en effet qu'encore au début des années 1960, les conditions de travail et les salaires dans le secteur public étaient de loin inférieurs au salaire moyen dans le secteur privé. Si Rouillard souligne ces écarts importants, il n'envisage pas la possibilité que la dévalorisation du travail effectué dans le secteur public s'explique en bonne partie par la prédominance de la main-d'œuvre féminine dans ce secteur, ainsi que par la présence historique d'une abondante main-d'œuvre féminine gratuite. La diminution marquée de cette main-d'œuvre gratuite et, peut-être aussi, l'élargissement des possibilités offertes aux femmes grâce aux transformations du patriarcat québécois pourraient contribuer à expliquer des aspirations plus ambitieuses chez ces travailleuses.

Cette hypothèse mérite certainement d'être explorée, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, c'est en bonne partie sous l'impulsion d'une combativité nouvelle au sein du secteur public que se produisent plusieurs des avancées importantes du mouvement syndical québécois durant les années 1960 et 1970. Autrement dit, les grèves illégales qui se multiplient dans les secteurs de la santé et de l'éducation au début des années 1960 et qui conduisent à l'adoption de droits syndicaux parmi les plus avancés en Amérique du Nord sont en bonne partie *des grèves de femmes*[635]. De même, la radicalisation importante de la CSN durant la seconde moitié des années 1960 – radicalisation qui permettra aux travailleuses et aux travailleurs du secteur public de faire des gains majeurs, au point où elles et ils deviennent alors la locomotive du

[635] Selon Jetté, la grève majeure qui se produit en 1966 dans les hôpitaux de la province sera d'ailleurs un élément déclencheur important de la mise en branle de la Réforme des Affaires sociales.

mouvement syndical québécois – se produit suite à la syndicalisation massive du secteur public, et donc suite à la syndicalisation d'un nombre important de femmes.

Sur cette base, on peut envisager que la configuration particulière du système patriarcal dans la province, ses mutations à partir du milieu du siècle et les aspirations croissantes des femmes durant les années 1960 ont contribué à poser le mouvement syndical québécois de cette époque à l'avant-garde du mouvement syndical canadien, et même nord-américain. Si cette hypothèse se vérifie, cela signifiera que le contexte exceptionnellement favorable dans lequel sont créés les CLSC est le produit non seulement de l'évolution des rapports de classe, mais aussi de l'évolution des rapports de sexe.

En ce qui concerne la remise en question du modèle initial des CLSC, nous avons vu qu'elle a été en bonne partie motivée par le caractère « dérangeant » de ces établissements qui, dans plusieurs cas, sont devenus des vecteurs de contestation sociale et politique. Si ces luttes issues des CLSC ont été analysées ici dans une perspective de classe, plusieurs indices suggèrent qu'elles pourraient aussi être abordées dans une perspective axée sur les rapports de sexe. En effet, tout indique que les CLSC ont été un lieu d'organisation des « luttes de classe », mais aussi des luttes féministes (qui peuvent elles aussi, bien sûr, être « dérangeante »). Notamment, il semble que les CLSC ont contribué aux luttes en faveur de l'avortement libre et gratuit, un enjeu majeur des luttes féministes des années 1970. Ainsi, il est connu que plusieurs CLSC offraient des services de références pour les femmes souhaitant se faire avorter (ceci a été confirmé par plusieurs personnes ayant participé aux entretiens) et qu'il s'est même pratiqué des avortements illégaux au sein des CLSC (Roy, 1987). De même, c'est une infirmière de CLSC qui a fondé le Centre de santé pour les femmes de Québec, où se pratiquaient aussi des avortements illégaux (Roy, 2008, chapitre 5).

Par ailleurs, il semble que les CLSC ont aussi été des lieux de subversion de la hiérarchie sexuelle interne au secteur socio-sanitaire. Outre le fait qu'ils ont pu, par

leur contribution à la lutte en faveur de l'avortement, favoriser la réappropriation par les femmes de leur propre corps face au pouvoir médical (masculin) – ce qui rapproche le modèle des CLSC de la conception féministe de la santé dont il a été question plus haut – il semble s'être également joué dans les CLSC, et plus particulièrement dans la phase d'implantation et d'expérimentation des premières années, une remise en question des structures de domination masculine qui caractérisent le système socio-sanitaire dans son ensemble, en particulier au niveau de l'organisation du travail. Le fait que les CLSC étaient au départ conçus comme des établissements peu hiérarchisés a pu favoriser cela. Mais il semble surtout que les femmes ont choisi d'investir le modèle et de se l'approprier.

Notamment, les recherches menées dans le cadre de la thèse ont abouti à un constat frappant : celui d'une surreprésentation importante de femmes parmi le corps médical oeuvrant au sein des CLSC. Par exemple, la totalité des cinq médecins oeuvrant durant les premières années dans le CLSC de Hochelaga-Maisonneuve étaient des femmes (Godbout et Martin, 1974). Ceci ressort aussi fortement des entretiens. Quand on sait à quel point les femmes étaient minoritaires à l'époque au Québec dans la profession médicale[636], ceci doit certainement être considéré comme une donnée significative de l'histoire des CLSC qui mérite d'être analysée. Par ailleurs, plusieurs des participantes et des participants aux entretiens témoignent d'une grande autonomie, durant les premières années, des infirmières dans leur pratique (à ce sujet, voir aussi Roy, 2009). Autrement dit, les infirmières étaient dans plusieurs CLSC beaucoup moins soumise à l'autorité des médecins que dans le reste du réseau socio-sanitaire.

Dans ce contexte, on peut se demander si les CLSC, en plus d'être associés à des « nids de socialistes » et à des cliniques « pour les pauvres », n'ont pas aussi été considérés comme des cliniques « de femmes » et n'ont pas, de ce fait, subi la dévalorisation qui

[636] Au Québec, les femmes représentaient 8% de l'ensemble des médecins en 1976 (Contandriopoulos et Fournier, 2007, p. 4).

affecte généralement les milieux féminins. D'ailleurs, si la pratique médicale au sein des CLSC était dévalorisée par le reste de la profession médicale (ainsi que par certains médias), c'est peut-être aussi parce que les médecins qui y oeuvraient étaient en bonne partie des femmes. Enfin, on pourrait aussi envisager que si les médecins (et, semble-t-il, surtout les hommes médecins) ont boudé les CLSC – mettant ainsi en péril la réussite du modèle –, c'est aussi parce que les rapports de domination sexuels qui les favorisent généralement dans le système socio-sanitaire étaient au sein des CLSC remis en question.

On le constate, l'analyse de classe de l'histoire des CLSC pourrait, de manière pertinente, être redoublée d'une analyse féministe. On peut espérer en effet qu'une telle démarche permettrait d'enrichir davantage cette analyse et qu'elle pourrait aussi conduire à de nouvelles contributions à l'analyse de l'histoire du système socio-sanitaire et de l'État-providence québécois. Les débats sur la nature de l'État (qui traversent aussi les théories féministes) et les réflexions féministes sur le rapport des femmes à l'État (patriarcal ?)[637] pourraient également être nourris par l'articulation d'une éventuelle analyse féministe de l'histoire des CLSC avec l'analyse réalisée ici. Enfin, cette articulation pourrait favoriser une réflexion nécessaire sur la capacité de la méthode dialectique à intégrer judicieusement, et d'une manière qui dépasse le « mariage malheureux » entre le marxisme et le féminisme dénoncé par tant de féministes (voir notamment Hartmann, 1979), les analyses de classe et de sexe[638].

---

[637] Pour un échantillon des perspectives féministe sur l'État, voir : Lamoureux (2010 ; 1990a ; 1990b) ; Mackinnon (1989) ; Masson (1999) ; Delphy (2013) ; et surtout Tabet (2004 ; 1985 ; 1979) qui, par son analyse de la domination sexuelle *y compris* dans les sociétés « sans États », offre les pistes de recherche qui sont à mon sens les plus intéressantes pour une analyse féministe et matérialiste de l'État.

[638] Les efforts louables de Lebowitz (2003) en ce sens de même que cet article de Hartsock (2008) pourraient constituer à cet égard un point de départ intéressant.

BIBLIOGRAPHIE

(1979). Les Centres locaux de services communautaires et la santé : table ronde. *Revue internationale d'action communautaire, 1*(41), 17-29.

Abel, A. (réal.), Bernard, A. (concepteur), Lanctôt, M. (journ.) et Richer, I. (2007). *La difficile naissance de l'assurance-maladie. Tout le monde en parlait*. [Série télévisée, DVD] Montréal : Société Radio-Canada.

Adorno, T. (1984). *Modèles critiques*. Paris : Payot.

Adorno, T. et Popper, K. (1979). *De Vienne à Francfort : la querelle allemande des sciences sociales*. Bruxelles : Complexe.

Alary, J. et Lesemann, F. (1975). *Étude des dimensions sociales et communautaires : rapport au MAS*. Montréal : Ministère des Affaires sociales.

Althusser, L. (1986). *Pour Marx*. Paris : La Découverte.

Alzon, C. (1973). *La femme potiche et la femme bonniche : pouvoir bourgeois et pouvoir mâle*. Paris : F. Maspero.

Armstrong, H. et Armstrong, P. (2009). Contradictions at Work : Struggles for Control in Canadian Health Care. Dans C. Leys et L. Panitch (éd.), *Socialist Register, 2010 : Morbid Symptoms : Health Under Capitalism (p. 145-167)*. Londres : The Merlin Press.

Aron, R. (2002). *Le marxisme de Marx*. Paris : Éditions de Fallois.

_____. (1987). Du caractère oligarchique des régimes constitutionnels-pluralistes. Dans *Démocratie et totalitarisme (p. 128-147)*. Paris : Gallimard.

Aronowitz, S. (2002). Global Shift : A New Capitalist State? Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Aronowitz, S. et Bratsis, P. (éd.). (2002). *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

_____. (2002). State Power, Global Power. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered.* Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Aschoff, N. (2016, 1 août). The Long Road to Crisis. *Jacobin Mag.* Récupéré de https ://www.jacobinmag.com/2016/11/the-long-road-to-crisis/

Association canadienne des fabricants en pharmacie. (1966). *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être sociale.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Association des fabricants du Québec de produits pharmaceutiques. (1967). *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être sociale.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Association des gardes-malades et infirmiers auxiliaires de la province de québec. (1967). *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Association des infirmières de la province de Québec. (1969). *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social du gouvernement du Québec.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Association des manufacturiers canadiens (division du Québec). (1967). *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social dans la province de Québec.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Association of Owners of Private Medical Laboratories of Quebec. (1967). *The Role of Private Medical Laboratories in Medical Care at Present and Recommandations for their Integration into the Health Insurance Service. Submission to the Joint Committee on Health Insurance of the Legislative Assembly and the Legislative Council of Quebec.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Avant-projet de loi : Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1989). 33e législature, 2e session.

Baillargeon, D. (2012). *Brève histoire des femmes au Québec.* Montréal : Boréal.

_____. (1999). Praticiennes et patientes : Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise. *Revue d'histoire de l'Amérique française, 53*(1), 47-59.

Baillargeon, F. (2009). *La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec de 1925 à 1945 à travers les pages du journal* L'Action médicale. (Mémoire de maîtrise non publié). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'*Archipel*, l'archive de publications électroniques de l'UQAM. http://www.archipel.uqam.ca/2601/1/M11184.pdf

Balibar, É. (1993). *La philosophie de Marx*. Paris : La Découverte.

Banque du Canada. (2010). *75 ans d'histoire en chiffres (1935-2010) : l'économie canadienne depuis la fondation de la Banque du Canada*. Récupéré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/banque-bank-canada/FB4-11-2010-fra.pdf

Barrow, C. W. (2002). The Miliband-Poulantzas Debate : An Intellectual History. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

_____. (1993). *Critical Theories of the State*. Madison (Wisconsin): University of Wisconsin Press.

Beauchamp, G. [s.d.]. *Les Centres locaux de services communautaires : institutions de la société civile ?* Récupéré le 2 février 2010 de http://www.rqiiac.qc.ca/fr/actualites_debats/documents_dappui/article.asp ?offset=10&Id_articles=11

Béland, D. (2002). « Néo-institutionnalisme historique et politiques sociales : une perspective sociologique ». *Politique et Sociétés, 21*(3), 21-39.

Bélanger, P. et Lévesque, B. (1992). Le mouvement populaire et communautaire : de la revendication au partenariat (1963-1992). Dans G. Daigle et G. Rocher, *Le Québec en jeu : comprendre les grands défis (p. 713-747)*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Bellemare, D. et St-Pierre, C. (éd.). (1984). *3e Colloque de l'Association d'économie politique Les stratégies de reprise.* Actes du colloque, UQAM, Montréal, 1983. Montréal : St-Martin.

Bellemare, D. (1984). La sécurité économique et les mutations de l'État-providence. Dans D. Bellemare et C. St-Pierres (éd.), *3e Colloque de l'Association d'économie politique Les stratégies de reprise (p. 47-60).* Actes du colloque, UQAM, Montréal, 1983. Montréal : St-Martin.

Bergeron, P. et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux (p. 9-32)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Bernier, C. (1984). Crise et précarisation de l'emploi : l'exemple du travail à temps partiel au Québec. Dans D. Bellemare et C. St-Pierres (éd.), *3e Colloque de l'Association d'économie politique Les stratégies de reprise (p. 83-100).* Actes du colloque, UQAM, Montréal, 1983. Montréal : St-Martin.

Bernier, N. (2003). *Le désengagement de l'État providence*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Berliner, H. (1981). La consolidation du pouvoir médical au début du siècle : une nouvelle interprétation du rapport Flexner. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 93-118)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Bernstein, É. (1974). *Les présupposés du socialisme*. Paris : Seuil.

Bill 65 : Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux. (1971). 1ère lecture, 29e législature, 2e session.

Blain, G. (éd.). (1980, avril). *1er Colloque Jean-Yves Rivard La Réforme des Affaires sociales au Québec : instruments et contraintes*. Actes du colloque, Montréal, 11 avril 1979. Montréal : Éditions Administration et Santé.

Boismenu, G. et Noël, A. (1995). La restructuration de la protection sociale en Amérique du Nord et en Europe. *Cahiers de recherche sociologique*, (24), 49-84.

Boivin, L. et Fortier, M. (1998). *L'économie sociale : l'avenir d'une illusion*. Montréal : Fides.

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

Boltanski, L. et Chiapello, È. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.

Bourque, D. (1988). La mise au pas tranquille des CLSC. *Nouvelles pratiques sociales, 1*(1), 43-58.

Bourque, D. et Lachapelle, R. (2010). L'organisation communautaire au Québec, des CLSC aux CSSS. Dans *Service public, participation et citoyenneté : l'organisation communautaire en CSSS (p. 7-40)*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bozzini, L. (1990). Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux : une lecture plus optimiste. *Nouvelles pratiques sociales, 3*(1), 107-120.

_____. (1988). Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec : Description, Evaluation, Perspectives. *Journal of Public Health Policy, 9*(3), 346-375.

Bozzini, L., Renaud, M., Gaucher, D., Llambias-Wolff, J. (1981). *Médecine et société : les années 80*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Bratsis, P. (2002). Unthinking the State: Reification, Ideology, and the State as a Social Fact. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Brown, E. R. (1981). La santé publique et l'impérialisme : les premiers programmes Rockefeller aux États-Unis et dans le monde. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 119-139)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Brunet, J. (1973). La mise en œuvre des changements dans les services de santé au Québec. *L'Union médicale du Canada*, (102), 45-50.

Campeau, G. (2001). *De l'assurance-chômage à l'assurance-emploi : l'histoire du régime canadien et de son détournement*. Montréal : Boréal.

Canadian Health Insurance Association. (1967). *Submission to Health and Social Welfare Inquiry Commission – Province of Quebec – On Establishing a Health Insurance Plan*. Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Canadian Wholesale Drug Association. (1967). *Submission to the Joint Committee on Health Insurance.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Canonne, F. (1977). Au Québec, une révolution ? *Autrement*, (9), 62-71.

Caplan, G. (2015, 22 juin). NPD is up in the polls, but history casts doubt. *The Globe and Mail*. Récupéré le 11 janvier 2017 de de http://www.theglobeandmail.com/news/politics/ndp-is-up-in-the-polls-but-lets-not-get-too-optimistic/article25054333/

Carroll, S. et Zerilli, L. (1998). La science politique américaine face aux défis du féminisme. *Politix, 11*(41), 33-81.

Cartier, G. (1979). Le mouvement syndical et la réforme du système de santé. *Revue internationale d'action communautaire, 1*(41), 37-42.

Castells, M. (2001). *La société en réseaux : l'ère de l'information* (2e éd.). Paris : Fayard.

Castonguay, C. (1973, 2 avril). Allocution du ministre des Affaires sociales, M. Claude Castonguay, devant la Montreal Medico-chirurgical Society. Montréal, le 2 avril 1973. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=29096

_____. (1973, 22 mars). Allocution du ministre des Affaires sociales, M. Claude Castonguay, devant l'Association des étudiants en médecine de l'Université de Montréal. Montréal, le 22 mars 1973. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=29089

Centrale de l'enseignement du Québec et Confédération des syndicats nationaux. 1977. *Mémoire commun de revendications présenté par la CSN et la CEQ au gouvernement du Québec, 28 février 1977*. [s. l. n. é.].

Centrale de l'enseignement du Québec, Confédération des syndicats nationaux et Fédération des travailleurs du Québec. (1971). *Projet de loi 65. Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales*. [s. l. n. é.].

Centrale de l'enseignement du Québec, Confédération des syndicats nationaux, Fédération des travailleurs du Québec et Union catholique des cultivateurs. [s. d.] *Positions des centrales syndicales sur le projet de loi no. 8 relatif à l'assurance-maladie*. [s. l. n. é.].

Chalvin, S. (1973, 15 juin). Quatre cliniques populaires sont résolues à garder leur autonomie. *Le Devoir*.

_____. (1971, 6 novembre). Les hôpitaux devront se serrer la ceinture, avertit Castonguay. *Le Devoir*, p. 9.

_____. (1971, 23 décembre). Des spécialistes créent un réseau de polycliniques. *Le Devoir*, p. 3.

Chambre de commerce de la province de Québec. (1978). *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable René Lévesque, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée national par la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

_____. (1976). *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée national par la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

_____. (1975). *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée national par la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

_____. (1974-1979). *Action*. Montréal : l'auteur.

_____. (1973). *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée national par la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

_____. (1972-1973). *La législation provinciale : bulletin régulier*. Montréal : l'auteur.

_____. (1972). *Bulletin sur la législation provinciale*. Montréal : l'auteur.

_____. (1970). *Mémoire annuel respectueusement soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa et aux membres du Cabinet par la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

_____. (1969-1976). *Politiques d'action*. Montréal : l'auteur.

_____. (1967). *Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être de la province*. Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

_____. (1960-1973). *Faits et tendances : périodique officiel de la Chambre de commerce de la province de Québec*. Montréal : l'auteur.

Champoux, L., Choinière, N., Custeau, D. et Pineault, R. (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC au Québec : rapport au MAS*. Montréal : Ministère des Affaires sociales.

Clastres, P. (1974). *La société contre l'État*. Paris : Éditions de Minuit.

Cliche, M.-A. (2012). Un risque parmi tant d'autres : l'utilisation des sirops calmants au Québec, 1825-1949. Dans D. Niget et M. Petitclerc (dirs.), *Pour une histoire du risque (p. 139-158)*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. (2005). *Le Projet de la clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Récupéré le 2 février 2010 de http://ccpsc.qc.ca/sites/ccpsc.qc.ca/files/projet%20de%20la%20Clinique.pdf.

_____. (1977, juin). *Notre Autonomie : condition indispensable à un meilleur fonctionnement : mémoire présenté par la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1974a). *La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles : historique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1974b). *Témoignage de trois infirmières de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1974c). *Documents des Assemblées générales*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973-1974). *Correspondance de la Clinique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973a, 27 novembre). *Notre Clinique communautaire de Pointe St. Charles devant le [sic] loi 65 : mémoire présenté par les citoyens de la Clinique Communautaire de Pointe St. Charles en vue d'apporter des amendements à la loi 65*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973b, octobre). *La santé aux mains des citoyens*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973c, juin). *Texte provisoire du communiqué de presse*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973d, 16 avril). *Rapport du Conseil d'administration présenté à l'Assemblée générale de la Clinique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973e, 16 avril). *« Quand les citoyens se tiennent debout », Dossier d'information présenté à l'Assemblée générale de la Clinique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973f, 16 avril). *« Rapport du Comité de négociations », Dossier d'information présenté à l'Assemblée générale de la Clinique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973g, 16 avril*). « Rencontre entre le Conseil d'administration de la Clinique communautaire, des membres du Comité de négociations des services communautaires, et les représentants du ministère des Affaires sociales, mercredi le 29 novembre 1972 », Dossier d'information présenté à l'Assemblée générale de la Clinique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973h). *Réflexion*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1973i). *La maison de quartier : historique*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1972, 29 septembre). *Une clinique communautaire c'est quoi ?* Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1971-1973). *Regroupement des Cliniques populaires contre la loi 65*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1970-1973). *Résumé des procès-verbaux des réunions du Conseil d'administration*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. (1970, 6 juillet). *Déclaration des organismes populaires de Montréal sur l'assurance-maladie*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. ([s.d.]a). *Brochure*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. ([s.d.]b). *Conditions de vie qui causent la maladie*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

_____. ([s.d.]c). *Objectifs de la Clinique : pourquoi la Clinique devrait travailler dans le domaine santé-usine*. Fonds de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Fonds Archives populaires de Pointe-Saint-Charles. Service des archives, Université McGill.

Cloward, R. A. et Piven, F. F. (2002). Eras of Protest, Compact, and Exit : On How Elites Make the World and Common People Sometimes Humanize It. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

_____. (1982). *The New Class War : Reagan's Attack on the Welfare State and Its Consequences*. New York : Pantheon Books.

_____. (1971). *Regulating the Poors : The Functions of Public Welfare*. New York : Vintage Books.

Codato, A. N. et Perissinotto, R. M. (2002). The State and Contemporary Political Theory : Lessons from Marx. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Collectif Clio. (1992). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Montréal : Le Jour.

Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC. (1987). *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*. Rédigé par J. Brunet. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec : l'auteur.

_____. (1971). *La sécurité du revenu : la situation actuelle ; les fondements d'une politique de sécurité du revenu. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume V, tome 1. Québec : l'auteur.

_____. (1970a). *La santé : la situation actuelle. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume IV, tome 1. Québec : l'auteur.

_____. (1970b). *La santé : le régime de la santé. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume IV, tome 2. Québec : l'auteur.

_____. (1970c). *La santé : le régime de la santé (suite). Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume IV, tome 3. Québec : l'auteur.

_____. (1970d). *La santé : les ressources ; l'instauration du régime de la santé. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume IV, tome 4. Québec : l'auteur.

_____. (1970e). *Les établissements à but lucratif. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume VII, tome 2. Québec : l'auteur.

_____. (1968, 27 mars). *Procès-verbal de l'audience publique (Association des gardes-malades et infirmiers auxiliaires de la province de Québec)*. Québec : l'auteur.

_____. (1968, 21 février). *Procès-verbal de l'audience publique (Association des fabricants du Québec de produits pharmaceutiques)*. Québec : l'auteur.

_____. (1967). *L'assurance-maladie. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Volume I. Québec : l'auteur.

_____. (1967, 26 juin). *Procès-verbal de l'audience publique (Laboratoire d'expertises Inc.)*. Québec : l'auteur.

_____. (1967, 18 juin). *Procès-verbal de l'audience publique (CSN-FTQ-UCC)*. Québec : l'auteur.

_____. (1967, 12 avril a). *Procès-verbal de l'audience publique (CSN-FTQ-UCC)*. Québec : l'auteur.

_____. (1967, 12 avril b). *Procès-verbal de l'audience publique (Association of Owners of Private Medical Laboratories of Quebec)*. Québec : l'auteur.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec.

Commission des assurances sociales de Québec. (1932-1933). *Rapports*. Québec : l'auteur.

Commission trilatérale. ([s. d.]a). *The Trilateral Commission*. Récupéré de http://trilateral.org/

_____. ([s. d.]b). *Trilateral Commission Membership List*. Récupéré de http://trilateral.org/download/files/membership/TC_list_3_23.pdf

Confédération des syndicats nationaux. (1978). *Nouvelles CSN*. Montréal : l'auteur.

_____. (1976). *Prenons notre pouvoir. Rapport du président de la CSN Marcel Pepin au 47e congrès de la CSN*. Québec, 27 juin 1976.

_____. (1975). *Résistons à l'agression. Rapport de Marcel Pepin au congrès spécial de la CSN*. Québec, 11, 12, 13 juillet 1975.

_____. (1975b). *Le gouvernement capitaliste contre le syndicalisme : organisons la résistance*. Montréal : l'auteur.

_____. (1974a). *Des moyens pour se battre. Allocution de Marcel Pepin au congrès spécial de la CSN*. Québec, 30 novembre 1974.

_____. (1974b). *Procès-verbal du 2e congrès spécial de la CSN*. Québec, 30 novembre et 1er décembre 1974.

_____. (1974c). *Procès-verbal du 46e Congrès de la CSN, Montréal, 29 juin 1974*. Québec : l'auteur.

_____. (1972). *Procès-verbal de la Quarante-cinquième session du Congrès de la C.S.N, Montréal, P.Q., 1972*. Québec : l'auteur.

_____. (1970a). *Assurance-maladie : il faut se grouiller !* [s. l.] : Secrétariat du Comité central d'Action politique de la CSN.

_____. (1970b). *Procès-verbal de la Quarante-quatrième session du Congrès de la C.S.N, Montréal, P.Q., 1970*. Québec : l'auteur.

_____. (1968). *Procès-verbal de la Quarante-troisième session du Congrès de la C.S.N, Montréal, P.Q., 1968*. Québec : l'auteur.

_____. (1966). *Procès-verbal de la Quarante-deuxième session du Congrès de la C.S.N, Montréal, P.Q., 1966*. Québec : l'auteur.

_____. (1965-1967 ; 1974-1975). *Le Travail*. Montréal : l'auteur.

_____. [s.d.]. *Choisir la santé : document de travail*. [s. l.] : l'auteur.

Confédération des syndicats nationaux, Fédération des travailleurs du Québec et Union catholique des cultivateurs. (1966). *Un mémoire sur l'assurance-maladie. Mémoire présenté au Comité conjoint sur l'assurance-maladie de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Conseil central de Montréal. (1979-1981). *Unité ouvrière : journal officiel du Conseil central des syndicats nationaux de Montréal*. Montréal : l'auteur.

Conseil du patronat du Québec. [s. d.] *Conseil du patronat du Québec. Historique*. Récupéré de https ://www.cpq.qc.ca/a-propos/historique

_____. (1981, 1er janvier). *Une évaluation du climat socio-économique au Québec : recherche effectuée auprès du membership corporatif*. Montréal : l'auteur.

_____. (1980, janvier). *Bulletin sur les relations du travail*. Montréal : l'auteur.

_____. (1978/1979). *Index chronologique pour l'année 1978/79*. Montréal : l'auteur.

_____. (1977/1978). *Les priorités budgétaires du Québec pour l'exercice 1977/78.* Montréal : l'auteur.

_____. (1976/1977). *Les priorités budgétaires du Québec pour l'exercice 1976/77.* Montréal : l'auteur.

_____. (1976, 1er juillet). *Une évaluation du climat socio-économique au Québec : recherche effectuée auprès du membership corporatif*. Montréal : l'auteur.

_____. (1973/1974). *Mémoire sur les priorités budgétaires du gouvernement québécois pour l'exercice 1973/74 : soumis au premier ministre Robert Bourassa et aux membres du Conseil des ministres.* Montréal : l'auteur.

_____. (1972). *Détruire le système actuel ? C'est à y penser*. Montréal : Publications Les Affaires inc.

_____. (1970-1980). *Bulletin d'information*. Montréal : l'auteur.

_____. (1969-1970). *Bulletin interne de nouvelles*. Montréal : l'auteur.

Conseil des affaires sociales et de la famille. (1975). *Rapport annuel 1974/75*. Québec : Québec.

Contandriopoulos, A.-P. et Founier, M.-A. (2007). *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal. Récupéré de http://www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf

Crawford, R. (1981). « C'est de ta faute » : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 481-512)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Crenshaw, K. W. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre, 2*(39), 51-82.

Crozier, M., Huntington, S. et Watanuki, J. (1975) *The Crisis of Democracy : Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission.* New York : New York University Press.

Cuneo, C. J. (1986). Comment : Restoring Class to State Unemployment Insurance. *Revue canadienne de science politique, 19*(1), 93-98.

____. (1980). State Mediation of Class Contradictions in Canadian Unemployment Insurance, 1930-1935. *Studies in Political Economy*, (3), 37-65.

____. (1979). State, Class and Reserve Labour : The Case of the 1941 Canadian Unemployment Insurance Act. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 16*(2), 130-153.

Dahl, R. (2000). *On Democracy*. New Haven : Yale University Press.

_____. (1961). *Who Governs ? Democracy and Power in an American City*. New Haven : Yale University Press.

Dallaire, C., O'Neill, M. et Lessard, C. (2003). Les enjeux majeurs pour la profession infirmière. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux (p. 245-272)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Dandurand, P. (1996). La question sociale. Réflexions en marge d'un ouvrage de Pierre Rosanvallon. *Sociologie et sociétés, 28*(2), 189-198.

Daoust-Boisvert, A. (2015, 2 mars). Coupes majeures en régions. *Le Devoir*. Récupéré de http://www.ledevoir.com/societe/sante/433265/sante-publique-coupes-majeures-en-regions

_____. (2014, 4 novembre). La Santé publique menacée. *Le Devoir*. Récupéré de http://www.ledevoir.com/societe/sante/422844/la-sante-publique-menacee

De Brunhoff, S. (1984). Crise et évolution de l'État. Dans D. Bellemare et C. St-Pierres (éd.), *3e Colloque de l'Association d'économie politique Les stratégies de reprise (p. 61-68).* Actes du colloque, UQAM, Montréal, 1983. Montréal : St-Martin.

_____. (1981). *État et capital : Recherches sur la politique économique*. Paris : François Maspero.

Decerf, A (éd.). 1991. *Colloque Les théories scientifiques ont-elles un sexe ?* Actes du colloque. Moncton : Éditions d'Acadie.

Dechaufour, L. (2008). Introduction au féminisme postcolonial. *Nouvelles questions féministes, 27*(2), 99-110.

Delphy, C. (2015). *Pour une théorie générale de l'exploitation : des différentes formes d'extorsion de travail aujourd'hui*. Paris : Éditions Syllepse.

_____. (2013). *L'ennemi principal* (3e éd.). Paris : Éditions Syllepse, 2 tomes.

_____. (2008). *Classer, dominer : qui sont les « autres » ?* Paris : La fabrique éditions.

_____. (1998). Pour un féminisme matérialiste. Dans *L'ennemi principal (p. 271-282)*. Paris: Éditions Syllepse.

Demers, L. (2003). La profession médicale. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux (p. 213-243)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Denis, S. (2003). Mouvements ouvriers et formations politiques. Dans *Social-démocratie et mouvements ouvriers : la fin de l'histoire?* Montréal : Boréal.

Desrochers, L., Jalbert, H., Keable, J. et Saint-Georges, C. (1997). *Une histoire de dignité : FAS (CSN) 1935-1973*, suivi de *La fédération des affaires sociales vue par ses président-es (1974-1996).* Beauport : Publications MNH.

Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française, 53*(1), 3-18.

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

_____. (2004b). L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures, 10*(1), 52-70.

Desrosiers, G., Gaumer, B. et Keel, O. (1998). *La santé publique au Québec : histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Le Devoir. (1971, 8 octobre). Un hôpital et un CLSC à Chandler, p. 15.

_____. (1971, 20 juillet). Montréal aura 8 des 25 premiers centres de services communautaires, p. 16.

Dion, L. (1974). L'état, les groupes populaires et la profession médicale. *Le médecin du Québec, 9*(6), 50-61.

Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : introduction à la théorie féministe*. Paris : Presses universitaires de France.

Doucet, L. (1994). L'histoire de l'organisation communautaire au Québec. Dans L. Favreau, R. Lachapelle et L. Chagnon (dir.), *Pratiques d'action communautaire en CLSC (p. 47-56)*. Sainte-Foy : PUQ.

Droz, J. (1972). *Histoire générale du socialisme*. Paris : PUF, 4 tomes.

Dugré, F. (réal.), Joly, S. (réal) et Bérubé, J. (1994). *Une pointe d'histoire*. [Cassette vidéo] Montréal : Coop-Vidéo de Montréal/Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Duménil, G. et Lévy, D. (2000). *Crise et sortie de crise : ordre et désordres néolibéraux*. Paris : Presses universitaires de France.

Dumont, M. (2008). *Le féminisme québécois raconté à Camille*. Montréal : Éditions du remue-ménage.

_____. (1995). *Les religieuses sont-elles féministes ?* Saint-Laurent : Bellarmin.

Dworkin, A. (2012). *Les femmes de droite*. Montréal : Éditions du Remue-ménage.

_____. (2007). *Pouvoir et violence sexiste*. Montréal : Sisyphe.

Ehrenreich, B. (1981). L'objectivité médicale et les femmes. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 81-92)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Ehrenreich, B. et English, D. (2016). *Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*. Paris : Éditions Cambourakis.

Ehrenreich, B. et Piven, F. F. (2006). The Truth About Welfare Reform. Dans C. Leys et L. Panitch (éd.), *Socialist Register, 2006 : Telling the Truth (p. 78-92)*. London : The Melvin Press.

Elster, Jon. (1989). *Karl Marx : une interprétation analytique*. Paris : PUF.

Engels, F. et Marx, K. (2006). *Le manifeste du parti communiste*. Paris : Nathan.

_____. (1970). *L'idéologie allemande*. Paris : Éditions sociales.

Entretien 1. (2015). Entretien réalisé le 19 mai avec un organisateur communautaire ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 2. (2015). Entretien réalisé le 20 mai avec un organisateur communautaire ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 3. (2015). Entretien réalisé le 21 mai avec un médecin ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 4. (2015). Entretien réalisé le 21 mai avec un organisateur communautaire ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 5. (2015). Entretien réalisé le 1er juin avec une médecin ayant œuvré dans une clinique populaire.

Entretien 6. (2015) Entretien réalisé le 2 juin avec un médecin ayant œuvré à titre de directeur général dans un CLSC.

Entretien 7. (2015). Entretien réalisé le 3 juin avec un pionnier de l'animation sociale ayant œuvré comme organisateur communautaire dans un CLSC.

Entretien 8. (2015). Entretien réalisé le 8 juin avec un médecin ayant participé à la fondation d'une clinique populaire.

Entretien 9. (2015). Entretien réalisé le 15 juin avec Claude Castonguay, ancien président de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966-1970), ancien ministre des Affaires sociales (1970-1973), responsable de la Réforme des Affaires sociales et de la création des CLSC.

Entretien 10. (2015). Entretien réalisé le 16 juin avec un organisateur communautaire ayant œuvré dans un CLSC.

Entretien 11. (2015). Entretien réalisé le 22 juin avec un ancien administrateur de clinique populaire impliqué à titre de citoyen.

Entretien 12. (2015). Entretien réalisé le 30 juin avec un organisateur communautaire ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 13. (2015). Entretien réalisé le 2 juillet avec un organisateur communautaire ayant œuvré à titre d'organisateur communautaire, de cadre intermédiaire et de directeur dans un CLSC.

Entretien 14. (2015). Entretien réalisé le 6 juillet avec un animateur social ayant œuvré à titre de directeur général dans un CLSC et à titre de fonctionnaire dans un CRSSS.

Entretien 15. (2015). Entretien réalisé le 7 juillet avec un médecin ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 16. (2015). Entretien réalisé le 8 juillet avec un ancien administrateur de CLSC impliqué à titre de citoyen.

Entretien 17. (2015). Entretien réalisé le 14 juillet avec un organisateur communautaire ayant œuvré durant toute sa carrière dans un CLSC.

Entretien 18. (2016). Entretien réalisé le 3 mai avec une infirmière et une organisatrice communautaire ayant œuvré dans un CLSC.

Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne*. Paris : PUF.

_____. (1983). After the Welfare State. *Public Welfare, 41*, 28-34.

Evans, P. B., Rueschemeyer, D. et Skocpol, T. (éd.). (1985). *Bringing the State Back In*. New York : Cambridge University Press.

Evans, P. et Rueschemeyer, D. (1985). The State and Economic Transformation : Toward an Analysis of the Conditions Underlying Effective Intervention. Dans P. Evans, D. Rueschemeyer et T. Skocpol, *Bringing the State Back In (p. 44-77)*. New York : Cambridge University Press.

Falquet, J. (2011). Pour une anatomie des classes de sexe : Nicole-Claude Mathieu ou la conscience des opprimés. *Cahiers du genre*, (50), 1-25.

Fanon, F. (1961). *Les damnés de la Terre*. Paris : F. Maspero.

The Fantus Company. (1972). *Industrial Development in Quebec, prepared by The Fantus Company for Ministry of Industry and Commerce, Government of Quebec*, May 1972. [s. l. n. é].

Favreau, L. (1989). *Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos jours*. Montréal : Centre de formation populaire/Éditions du Fleuve.

Favreau, L. et L'Heureux, P. (1984). *Le projet de société de la CSN de 1966 à aujourd'hui*. Montréal : Centre de formation populaire/Éditions Marquis.

Fédération des affaires sociales. (1973-1974). *Le monde ordinaire*. Montréal : l'auteur.

_____. (1973). *Le Bulletin de l'action sociale et l'action-santé*. [s. l.] : CAP-FAS.

Fédération des chambres de commerce du Québec. (2016, 23 octobre). *La FCCQ appuie le Projet de loi 10 et propose une contribution accrue du secteur privé*. [Communiqué].
Récupéré de http://www.fccq.ca/salle-de-presse-communiques-2014_La-FCCQ-appuie-le-Projet-de-loi-10-et-propose-une-contribution-accrue-du-secteur-prive.php

Fédération des CLSC du Québec et Bélanger, J.-P. (1983). *Les mutations de l'État-Providence et le devenir des CLSC*. Montréal : l'auteur.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (1974). CLSC. Action de la FMOQ et du ministère des Affaires sociales. *Le médecin du Québec, 9*(6), 67-71.

Feinsilver, J. (2009). Cuban Health Politics at Home and Abroad. Dans C. Leys et L. Panitch (éd.), *Socialist Register, 2010 : Morbid Symptoms : Health Under Capitalism (p. 216-239)*. Londres : The Merlin Press.

Finkel, A. (1979). *Business and Social Reform in the Thirties*. Toronto : James Lorimer.

____. (1977). Origins of the Welfare State in Canada. Dans L. Panitch (dir.), *The Canadian State : Political Economy and Political Power (p. 344-370)*. Toronto : University of Toronto Press.

Fleury, M.-J. et Gaumer, B. (2008). CLSCs in Quebec : Thirty Years of Community Action. *Social Work in Public Health, 23*(4), 89-106.

Fleury, M.-J. et Gaumer, B. (2007). La gouvernance du système socio-sanitaire au Québec : un parcours historique. Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système socio-sanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation (p. 3-21)*. Montréal : Éditions de la Chenelière.

Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L. (2007). *Le système socio-sanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Éditions de la Chenelière.

Fodor, M. (2013). Taxation and the Neo-Liberal Counter Revolution : The Canadian Case. Dans A. Himelfarb et J. Himelfarb (éd.), *Tax Is Not A Four Letter Word (p. 101-117)*. Waterloo : Wilfrid Laurier University Press.

Forget, C. (1975, 29 juillet). Conférence de presse de M. Claude Forget. Mardi 29 juillet 1975. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19031

_____. (1975, 3 mai). *Centre locaux de services communautaires : orientations*. Texte du discours prononcé par le ministre des Affaires sociales, M. Claude E. Forget, au congrès de fondation de la Fédération des centres locaux de services communautaires. 3 mai 1975. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=25490

_____. (1975, 23 janvier). Conférence de presse de M. Claude Forget. Jeudi 23 janvier 1975. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=18924

_____. (1974, 26 septembre). *Le rôle du directeur général : participation et plan d'organisation*. Allocution du ministre des Affaire sociales, M. Claude E. Forget, à l'occasion du congrès annuel de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux. Hôtel Concorde, 26 septembre 1974. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=25991

_____. (1974, 24 juillet). Conférence de presse de M. Claude Forget. Mercredi 24 juillet 1974. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19033

_____. (1974). Allocution du Ministre Forget. *Le médecin du Québec, 9*(6), 72-78.

_____. (1974, 19 mars). Conférence de presse de M. Claude Forget. Mardi 19 mars 1974. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=18995

_____. (1974, 5 février). Conférence de presse de M. Claude Forget. Mardi 5 février 1974. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19001

_____. (1973, 19 décembre). Conférence de presse de M. Claude Forget. Mercredi 19 décembre 1973. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=18999

Fortin, P. (2008). *25 observations sur l'économie du Québec contemporain. Document préparé pour le Parti socialiste français*. Non publié. Récupéré de http://economistesquebecois.com/files/documents/8f/39/fhollande-0608.pdf

Foucault, M. (2001). *Dits et écrits* (2e éd.). Paris : Quarto, 2 tomes.

_____. (1976). Enjeu et Méthode. Dans *La volonté de savoir (p. 107-135)*. Paris : Gallimard.

_____. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.

Fraser, N. (2004). De la redistribution à la reconnaissance ? Les dilemmes de la justice dans une ère « postsocialiste ». Dans F. Collin et P. Deutscher (dir.), *Repenser le politique : l'apport du féminisme (p. 111-140)*. Paris : Campagne première.

Gagnon, A. (1964, 18 novembre). *Pourquoi un Conseil du patronat du Québec ?* Allocution prononcée à l'assemblée de fondation du Conseil du patronat du Québec. Montréal, le 18 novembre 1964.

Gaumer, B. (2012). Compte rendu du livre de Thifault, M.-C. (dir.), L'incontournable caste des femmes : histoire des services de santé au Québec et au Canada, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2012. *Revue d'histoire de l'Amérique française, 66*(1), 115-118.

Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et politique*, (55), 25-32.

Gentile, D. (2016, 15 mars). « Québec a presque atteint son objectif d'éliminer 1300 cadres dans le réseau de la santé », *ICI Radio-Canada*. Récupéré de http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/770774/objectif-reduction-cadres-sante-1140-sur-1300.

Gilbert, B. (1965). The British National Insurance Act of 1911 and the Commercial Insurance Lobby. *Jounal of British Studies, 4*(2), 127-148.

Gindin, S. (2000). Turning Points and Starting Points : Brenner, Left Turbulence and Class Politics. Dans L. Panitch (dir.), *The Socialist Register 2001 : Working Classes, Global Realities (p. 343-365)*. Londres : Merlin Press.

Gobeil, P. (1986). *Rapports du Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales*. Québec : Québec.

Godbout, J. (1979). Les CLSC : présentation générale et La distribution du pouvoir et les changements suscités par les CLSC. Dans G. Divay (dir.), *La décentralisation en pratique : quelques expériences montréalaises, 1970-1977 (p. 123-238)*. Montréal : INRS-Urbanisation.

_____. (1977). Un possible de la réforme : les Centres Locaux de Services Communautaires et la participation des usagers. *Possibles, 1*(2), 51-60.

Godbout, J. et Martin, N. V. (1974). *Participation et innovation : l'implantation des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires autonomes*. Sainte-Foy : Université du Québec.

Godbout, L. (2017, 8 avril). Jacques Parizeau savait cerner les enjeux importants. *Le Devoir.* Récupéré de http://www.ledevoir.com/economie/actualites-economiques/495923/40e-anniversaire-du-premier-budget-parizeau-jacques-parizeau-savait-cerner-les-enjeux-importants

Gough, I. (1979). *The Political Economy of the Welfare State*. New York : Macmillan.

_____. (1978). Theories of the Welfare State : A Critique. *International Journal of Health Services, 8*(1), 27-40.

_____. (1975). State Expenditures in Advanced Capitalism. *New Left Review*, (92), 53-92.

Goulet, D. (2004). Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec 1847-1940. *Ruptures, 10*(1), 39-51.

Guérard, F. et Rousseau, Y. (2006). Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961. *Revue d'histoire de l'Amérique française, 59*(3), 293-329.

Guest, D. (1995). *Histoire de la sécurité sociale au Canada* (3e éd). Montréal : Boréal.

____. (1984). Social Policy in Canada. *Social Policy and Administration, 18*(2), 130-147.

Guettel, C. (1974). *Marxism & Feminism*. Toronto : Toronto Women's Press.

Guyon, L., Nadeau, L. et Simard, R. (1981). *« Va te faire soigner t'es malade ! »* Montréal : Stanké.

Hacker, J. S. et Pierson, P. (2002). Business Power and Social Policy : Employers and the Formation of the American Welfare State. *Politics & Society, 30*(2), 277-325.

Hall, P. et Taylor, R. (1997). La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique, 47*(3-4), 469-496.

Hall, S. (1988). *The Hard Road to Renewal : Thatcherism and the Crisis of the Left*. Londres : Verso.

Hamel, G. (1974). Quelques commentaires du Dr Gérard Hamel. *Le médecin du Québec, 9*(6), 64-66.

Harding, S. (éd.). (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader*. New York: Rouledge.

_____. (2004a). Introduction: Standpoint Theory as a Site of Political, Philosophic, and Scientific Debate. Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 1-15)*. New York: Rouledge.

_____. (2004b). Rethinking Standpoint Epistemology: What is "Strong Objectivity"? Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 127-140)*. New York: Rouledge.

Hardt, M. et Negri, A. (2004). *Multitude : guerre et démocratie à l'âge de l'Empire*. Montréal : Boréal.

_____. (2000). *Empire*. Paris : Exils.

Hartmann, H. (1979). The Unhappy Mariage of Marxism and Feminism : Towards a More Progressive Union. *Capital & Class, 3*(1), 1-33.

Hartsock, N. (2008) Marxist Feminist Dialectics for the Twenty-first Century. Dans B. Ollman, *Dialectics for the New Century (p. 222-234)*. New York : Pallgrave Macmillan.

_____. (2004). The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 35-53)*. New York: Rouledge.

Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford : Oxford University Press

Harvey, J. (2012). Le risque et la ville au XIX^{e} siècle : discours et interventions en matière de pauvreté et de santé dans le Montréal anglo-protestant. Dans D. Niget et M. Petitclerc (dirs.), *Pour une histoire du risque (p. 113-137)*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Hekman, S. (2004). Thruth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited. Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 225-241)*. New York: Rouledge.

Hernes, H. M. (1987). *Welfare State and Women Power : Essays in State Feminism*. Oslo : Norwegian University Press.

Holloway, J. (2007). *Changer le monde sans prendre le pouvoir : le sens de la révolution aujourd'hui*. Montréal : Lux Éditeur.

Horkheimer, M. (1974). Théorie traditionnelle et théorie critique (1937). Dans *Théorie traditionnelle et théorie critique, (p. 15-90)*. Paris : Gallimard.

Howarth, D. (1995). Discourse Theory. Dans D. Marsh et G. Stoker (dir.), *Theory and Methods in Political Science (p. 115-133)*. New York : St. Martin.

Illich, I. (1981). Les deux dimensions de la contreproductivité institutionnelle. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 427-443)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Immergut, E. (1998). The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics & Society, 26*(1), 5-34.

Jameson, F. (2004). *History and Class Consciousness* as an "Unfinished Project". Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 143-151)*. New York: Rouledge.

Jay, M. (1984). Epilogue : The Challenge of Post-Structuralism. Dans *Marxism and Totality : The Adventures of a Concept from Lukacs to Habermas (p. 510-537)*. Berkeley : University of California Press.

_____. (1977). *L'imagination dialectique : histoire de l'École de Francfort et de l'Institut de Recherches Sociales (1923-1950)*. Paris : Payot.

Jessop, B. (2002). Globalization and the National State. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered.* Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

_____. (1997). *Analyse des positions de la Fédération des affaires sociales en rapport avec les nouvelles formes d'organisation du travail (1970-1994)*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal.

Jetté, C. et Boucher, J. (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, 10*(2), 69-81.

Juteau, D. et Laurin, N. (1990). La sécularisation et l'étatisation du secteur hospitalier au Québec de 1960 à 1966. Dans J. Lemaire (éd.), *La laïcité en Amérique du Nord (p. 43-55)*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles.

Kabore, P. (2014, 25 novembre). Étude spéciale : histoire économique du Québec depuis une soixantaine d'années. *Études économiques du Mouvement Desjardins*. Récupéré de https ://www.desjardins.com/ressources/pdf/pv1411f.pdf ?resVer=1416925943000

Kalyvas, A. (2002). The Stateless Theory: Poulantzas's Challenge to Postmodernism. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Kebabza, H. (2007). « L'universel lave-t-il plus blanc ? » : « race », racisme et système de privilèges. Dans J. Falquet, E. Lada et A. Rabaud (dirs.), *(Ré)articulation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » (p. 145-172)*. Paris : Université Paris VII-Diderot.

Klein, B. S. (1970). *La clinique des citoyens*. [Cassette vidéo] Montréal : Office national du film du Canada.

Korpi, W. (2002). The Great Trough in Unemployment : A Long-Term View of Unemployment, Inflation, Strikes, and the Profit/Wage Ratio. *Politics & Society, 30*(3), 365-426.

Korsch, K. (1971). *Three Essays on Marxism*. New York et Londres : Monthly Review Press.

_____. (1964). *Marxisme et philosophie*. Paris : Éditions de Minuit.

Laboratoire d'expertises Inc. (1967a). *Deuxième mémoire au Comité de recherches sur l'assurance-santé*. Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

_____. (1967b). *Mémoire au Comité de recherches sur l'assurance-santé*. Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Laboratoire médical Québec Inc. (1967). *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.

Labrie, P. et Lemieux, V. (1979). Le système gouvernétique des CLSC. *Recherches sociographiques, 20*(2), 149-171.

Laclau, E. et Mouffe, C. (2001). *Hegemony and Socialist Strategy : Towards a Radical Democratic Politics* (2e éd.). Londres : Verso.

Lafrance, X. (2007). *Class Struggle and the Economic Downturn of the 1970s in the West*. (Major Research Paper unpublished). York University.

Lamoureux, D. (2016). *Les possibles du féminisme : agir sans « nous »*. Montréal : Éditions du Remue-Ménage.

_____. (2010). Un État capitaliste certes, mais également sexiste et raciste. *Nouveaux cahiers du socialisme*, (4), 23-36.

_____. (1998). La panacée de l'économie sociale : un placebo pour les femmes ? Dans L. Boivin et M. Fortier, *L'économie sociale : l'avenir d'une illusion (p. 25-53)*. Montréal : Fides.

_____. (1990a). Les services féministes : de l'autonomie à l'extension de l'État-providence. *Nouvelles pratiques sociales, 3*(2), 33-43.

_____. (1990b). L'amère patrie : les femmes et l'État. *Recherches féministes, 1*(3), 1-9.

Lamoureux, D. et DeSève, M. (1989). Faut-il laisser notre sexe au vestiaire ? *Politique*, (15), 5-22.

Lamoureux, H., Lavoie, J. Mayer, R. et Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lamoureux, J. et Lesemann, F. (1987). *Les filières d'action sociale : les rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaire : rapport final du projet de recherche « Les filières de services »*. Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Langlois, L. (1974). Des assouplissements s'imposent. *Le médecin du Québec, 9*(6), 7-8.

Lavoie-Roux, T. (1989, 10 avril). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*. Allocution la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux. Québec, le 10 avril 1989. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=17671

_____. (1988, 11 février). *Rapport de la Commission Rochon*. Notes d'allocution de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux. Québec, 11 février 1988. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19624

_____. (1987, 29 avril). *Rapport Brunet*. Texte de présentation, conférence de presse de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Thérèse Lavoie-Roux. Québec, 29 avril 1987. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19643

Lazure, D. (1977, 23 octobre). Allocution du ministre des Affaires sociales, M. Denis Lazure, au congrès spécial de la Fédération des CLSC du Québec. Québec, 23 octobre 1977. Récupéré de http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx ?idn=19603

Lebowitz, M. A. (2003). *Beyond Capital : Marx's Policital Economy of the Working Class* (2e éd.). New York : Palgrave Macmillan.

Le Collectif CourtePointe. (2006). La pauvreté, c'est pas une maladie ! Dans *Pointe Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire (95-125)*. Montréal : Éditions du remue-ménage.

Lee, S. (1979). *Quebec's Health System : A Decade of Change, 1967-1977*. Toronto : L'Institut d'administration publique du Canada.

Lefebvre, H. (2003). *Le marxisme*. Paris : PUF.

Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Lemieux, V., Renaud, F. et von Schoenberg, B. (1974). Du rapport Castonguay-Nepveu à la loi 65. Dans *Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux : une analyse politique, (12-36)*. Québec : Département de science politique/Université Laval.

Lemieux, V. et Turgeon, J. (1980). La décentralisation : une analyse structurale. *Revue canadienne de science politique, 13*(4), 691-710. Récupéré de http://www.jstor.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca :2048/stable/pdf/3230239.pdf ?acceptTC=true

Lénine, V. (1969). *L'État et la révolution*. Paris : Éditions sociales.

_____. (1966). *Que faire ?* Paris : Éditions du Seuil.

Léonard, J.-F. et Hamel, P. (1978). Les groupes populaires dans la dynamique sociopolitique québécoise. *Politique aujourd'hui*, (7-8), 155-164. Récupéré de http://cap.qc.ca.edu/2009/06/28/les-groupes-populaires-dans-la-dynamique-sociopolitique-quebecoise-1978

Lesemann, F.(1981). *Du pain et des services*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

_____. (1979). La prise en charge communautaire de la santé au Québec. *Revue internationale d'action communautaire, 1*(41), 5-15.

_____. (1978). Décentralisation et services communautaires. *Service social, 27*(1), 23-45.

Lévesque, B. et Vaillancourt, Y. (1998). *Les services de proximité au Québec : de l'expérimentation à l'institutionnalisation*. Cahiers du LAREPPS, no 98-04.

Levine, R. F. (2002). The Withering Away of the Welfare State? Class, State, and Capitalism. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Lewis, J. (1993). *Women and Social Policies in Europe : Work, Family and the State*. Aldershot, Angleterre : E. Elgar.

Leys, C. (2009). Health, Health Care and Capitalism. Dans C. Leys et L. Panitch (éd.), *Socialist Register, 2010 : Morbid Symptoms : Health Under Capitalism (p. 1-28)*. Londres : The Merlin Press.

Leys, C. et Panitch, L. (éd.). (2009). *Socialist Register, 2010 : Morbid Symptoms : Health Under Capitalism*. Londres : The Merlin Press.

Lindner, U. (2011). Repenser la « coupure épistémologique » : lire Marx avec et contre Althusser. *Actuel Marx, 1*(49), 121-139.

Lipietz, A. (1983). Crise de l'État-providence : idéologies, réalités et enjeux dans la France des années 1980. *Politique*, (4), 55-103.

Lippel, K. (1986). *Le droit des accidentés du travail à une indemnité : analyse historique et critique*. Montréal : Éditions Thémis.

Loi des hôpitaux. (1962). L.Q. c 44.

Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1971). L.Q. c 48.

Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux. (1974). L.Q. c 42.

Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux. (1981). L.Q. c 22.

Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. (1991). L.Q. c 42.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. (2005). L.Q. c 32.

Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. (2011). L.Q. c 15.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. (2015). L.Q. c 1.

Löwy, M. (2012). Préface. Dans *Les aventures de Karl Marx contre le Baron de Münchhausen : introduction à une sociologie de la connaissance*. Paris : Syllepse. Récupéré de https ://entreleslignesentrelesmots.wordpress.com/2012/06/13/preface-a-la-reedition-du-livre-de-michael-lowy-les-aventures-de-karl-marx-contre-le-baron-de-munchhausen-introduction-a-une-sociologie-de-la-connaissance/

_____. (1985). *Paysages de la vérité : introduction à une sociologie critique de la connaissance*. Paris : Anthropos.

_____. (1973). *Dialectique et révolution : essais de sociologie et d'histoire du marxisme*. Paris : Anthropos.

Lukàcs, G. (1960). *Histoire et conscience de classe : essai de dialectique marxiste*. Paris : Éditions de Minuit.

Luxemburg, R. (1969). *Réforme sociale ou révolution ? Grève de masse, parti et syndicats*. Paris : F. Maspero.

Mackinnon, C. (2010). Féminisme, marxisme et postmodernité. *Nouveaux cahiers du socialisme*, (4), 37-62.

_____. (2005). *Le féminisme irréductible : conférences sur la vie et le droit*. Paris : Des femmes-Antoinette Fouque.

_____. (1989). *Towards A Feminist Theory of the State*. Cambridge : Harvard University Press.

Marcuse, H. (1979). *Vers la libération : au-delà de l'homme unidimensionnel*. Paris : Éditions de Minuit.

_____. (1971). *L'homme unidimensionnel : essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*. Paris : Éditions de Minuit.

Markowitz, G. (2000). Compte rendu du livre de Porter, D., Health, Civilization and the State : A History of Public Health from Ancient to Modern Times, Londre et New York : Routledge, 1999. *Journal of Public Health Policy, 21*(4), 488-491.

Marques-Pereira, B. (1990). L'État-providence, providence de l'État à l'égard des femmes ? *Recherches féministes, 3*(1), 11-26.

Marx, K. (2002). *Les luttes de classe en France. Suivi de La Constitution de la République française adoptée le 4 novembre 1848. Suivi de Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*. Paris : Gallimard.

_____. (1985). *Le Capital*. Paris : Flammarion.

_____. (1980). *Préface et introduction à la « Critique de l'économie politique »*. Pékin : Éditions en langues étrangères.

_____. (1975). *Travail salarié et capital*. Paris : Éditions sociales.

_____. (1972). *La guerre civile en France*. Pékin : Éditions en langues étrangères.

_____. (1972b). *Contribution à la critique de l'économie politique*. Paris : Éditions sociales.

_____. (1971). *Contribution à la critique de la philosophie du droit de Hegel*. Paris : Aubier-Montaigne.

_____. (1968). *La question juive*. Paris : Union générale d'éditions.

_____. (1966). *Salaire, prix et profit*. Paris : Éditions sociales.

Masson, D. (1999). Repenser l'État : nouvelles perspectives féministes. *Recherches féministes, 12*(1), 5-24.

Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes éditions.

_____ (dir.). (1985). *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes*. Paris : École des hautes études en sciences sociales.

McGraw, D. (1978). Le développement des groupes populaires à Montréal (1963-1973). Montréal : Éditions coopératives Albert St-Martin.

McNally, D. (2013). *Panne globale : crise, austérité et résistance*. Montréal : Écosociété.

McQuaig, L. (1996). *Shooting the Hippo : Death by Deficit and Other Canadian Myths*. Toronto : Penguin Edition.

_____. (1987). *La part du lion*. Montréal : Éditions du Roseau.

Merrien, F.-X. (1997). *L'État-providence*. Paris : PUF.

Miliband, R. (1983). State Power and Class Interests. *New Left Review, 1*(138), 57-68.

_____. (1982). *L'État dans la société capitaliste*. Paris : Maspero.

_____. (1970). The Capitalist State : Reply to Nicos Poulantzas. *New Left Review 1*(59), 53-60.

Miller, P. et Rose, N. (1992). Political Power Beyond the State : Problematics of Government. *British Journal of Sociology, 43*(2), 173-205.

_____. (1990). Governing Economic Life. *Economy and Society, 19*(1), 1-31.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. ([s. d.]a). *Établissements de santé et de services sociaux*. Récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements.php

_____. ([s. d.]b). *Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Récupéré de http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000852/

_____. ([s. d.]c). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – Tout le Québec. Emplois selon la catégorie professionnelle*. Récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/emplois-selon-la-categorie-professionnelle/

_____. (2016, juillet). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*. Québec : l'auteur. Récupéré de http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-12W.pdf.

_____. Direction générale des services sociaux. (2015). *Cadre normatif : système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*. Québec : l'auteur.

_____. (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Québec : l'auteur.

_____. (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations*. Québec : l'auteur.

Ministère des Affaires sociales. (1981, avril). *Le réseau des CLSC au Québec : un parachèvement qui s'impose*. Québec : l'auteur.

_____. (1976). *Perspectives à l'égard des CLSC*. Québec : l'auteur.

_____. (1974). *Modifications proposées et motifs au projet de la Loi no 41*. Québec : l'auteur.

_____. (1972a). *Politique en matière de santé du MAS : document de travail du MAS*. Rédigé par J. Brunet. Québec : l'auteur.

_____. (1972b). *Les Centres locaux de services communautaires*. Québec : l'auteur.

Ministère des Affaires sociales et Fédération des CLSC du Québec. (1977). *Rôles et fonctions des Centres locaux de services communautaires*. Québec : l'auteur.

Ministère du Travail. (2011). *Les 80 ans du ministère du Travail : au diapason d'une société en évolution.* Québec : l'auteur.

Mongeau, S. (2005). *Non, je n'accepte pas : autobiographie, tome I (1937-1979)*. Montréal : Écosociété.

Moore, B. (1979). *Les origines sociales de la dictature et de la démocratie*. Paris : F. Maspero.

Moscovitch, A. (1984). L'État-providence au Canada depuis 1975. Dans D. Bellemare et C. St-Pierres (éd.), *3e Colloque de l'Association d'économie politique Les stratégies de reprise (p. 25-46).* Actes du colloque, UQAM, Montréal, 1983. Montréal : St-Martin.

_____. (1980). The Boundaries of Social Welfare Policy. *Catalyst*, (6), 89-94.

Musée canadien de l'histoire ([s. d.]). *Histoire de l'assurance-maladie au Canada : la Commission royale d'enquête sur les services de santé*. Récupéré le 17 mars 2017 de http://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-5h12f.shtml

Nadeau, J. (2015, 3 mars). Québec atrophie les CLSC. *Le Devoir*. Récupéré de : http://www.ledevoir.com/societe/sante/464502/quebec-atrophie-les-clsc

National Association of Community Health Centers. [s. d.]. *History of America's Health Centers*. Récupéré de https ://www.nachc.org/about-our-health-centers/history-americas-health-centers/

Navarro, V. (1983). Work, Ideology and Science : The Case of Medicine. Dans D. M. Berman et V. Navarro (éd.), *Health and Work Under Capitalism : An International Perspective, (p. 11-38)*. Farmingdale, New York : Baywood Publishing Company.

_____. (1981). L'industrialisation du fétichisme : une critique d'Ivan Illich. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société : les années 80 (p. 445-479)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

_____. (1978). *Class Struggle, the State and Medicine : An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain*. Londres : Martin Robertson.

_____. (1977). *Social Security and Medicine in the USSR : A Marxist Critique*. Toronto : Lexington Books.

_____. (1976). *Medicine Under Capitalism*. Wew York : Prodist.

Newsinger, J. (2009). 1934 : Year of the Fightback. *International Socialism*, (122). Récupéré de http://www.isj.org.uk/ ?id=530

Nigro, R. (2001). Foucault lecteur et critique de Marx. Dans J. Bidet et E. Kouvélakis (dir.), *Dictionnaire Marx contemporain (p. 433-446)*. Paris : PUF.

OCDE. (1997). Horizon 2000 : les nouvelles priorités pour la politique sociale. *Documents de travail de l'OCDE, 5*(43).

Offe, C. (1997). Droits et ressources économiques du citoyen : vers un nouvel équilibre ? Dans OCDE, *Cohésion sociale et mondialisation de l'économie* (p. 91-121). Paris : OCDE.

_____. (1987). Democracy against the Welfare State ? : Structural Foundations of Neoconservative Political Opportunities. *Political Theory, 15*(4), 501-537.

_____. (1984). Social Policy and the Theory of the State. Dans *Contradictions of the Welfare State (p. 88-118)*. Cambridge, Mass. : MIT.

O'Leary, V. et Toupin, L. (1982). *Quebecoises deboutte !* Montréal : Éditions du Remue-ménage.

Ollman, B. (2003). *Dance of the Dialectic : Steps in Marx Method.* Urbana et Chicago : University of Illinois Press.

Orloff, A. S. (1996). Gender in the Welfare State. *Annual Review of Sociology, 22*, 51-78.

_____. (1993). Gender and the Social Rights of Citizenship : The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States. *American Sociological Review, 58*(3), 303-328.

Orloff, A. S. et Skocpol, T. (éd.). (1988). *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton : Princeton University Press.

Orsini, M. (2006). From 'Community Run' to 'Community Based' ? Exploring the Dynamics of Civil Society-State Transformation in Urban Montreal. *Canadian Journal of Urban Research, 15*(1), 22-40.

Pal, L. (1986a). Relative Autonomy Revisited : The Origins of Canadian Unemployment Insurance. *Revue canadienne de science politique, 19*(1), 71-92.

_____. (1986b). Reply : Restraining Class in Policy Explanations. *Revue canadienne de science politique, 19*(1), 99-102.

Panitch, L. (2002). The Impoverishment of State Theory. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered.* Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

_____. (éd.). (1977). *The Canadian State : Political Economy and Political Power*. Toronto : University of Toronto Press.

Panitch L. et Swartz, D. (1984). Towards Permanent Exceptionalism : Coercion and Consent in Canadian Industrial Relations. *Labour/Le Travail, 13*, 133-157.

Pelletier, R. (1992). La Révolution tranquille. Dans G. Daigle et G. Rocher, *Le Québec en jeu : comprendre les grands défis (p. 609-624)*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Petitclerc, M. (2012). L'État-providence, la société du risque et les fondements de la communauté politique. Dans D. Niget et M. Petitclerc (dirs.), *Pour une histoire du risque (p. 203-224)*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

_____. (2007). Le paternalisme industriel et la gestion des risques sociaux au Québec : le cas de la Montreal Tramways Company au début du XXe siècle. Dans B. Caulier et Y. Rousseau (dirs), *Temps, espace et modernités : mélanges offerts à Serge Courville et Normand Séguin (475-485)*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

_____. (2005). De la médecine libérale mutualiste à la médecine sociale coopérative : le marché de l'assurance-maladie et les misères d'une conception élargie de la santé au Québec (1880-1950). Dans F. Guedj, D. Assayag, M. Pinault et P. Toucas-Truyen (dirs), *L'approche mutualiste de la santé en Europe : actions de prévention et services à la personne (73-83)*. Paris : Alternatives économiques.

Petitclerc, M. et Rousseau, Y. (2005). De la protection du revenu à la consommation de soins de santé : les origines privées de l'assurance publique québécoise (1900-1961). *Histoire et société. Revue européenne d'histoire sociale*, (16), 32-43.

Pierson, P. (1996, 25 septembre). L'économie politique de la crise de l'État providence. *Problèmes économiques*, (2.487), 12-19.

Piotte, J.-M. (2016). *La Révolution des mœurs : comment les baby-boomers ont changé le Québec*. Montréal : Québec Amérique.

_____. (2010). *La pensée politique de Gramsci*. Montréal : Lux.

Piven, F. F. (1985). Women and the State : Ideology, Power and the Welfare State. Dans A. S. Rossi (éd.), *Gender and the Life Course (p. 265-287)*. New York : Aldine Publishing Company.

Poulantzas, N. (1969). The Problem of the Capitalist State. *New Left Review, 1*(58), 67-78.

Plourde, A. (2017). CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. *Note socioéconomique*. Montréal : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

_____. (2016). La santé communautaire à la lumière du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Dans V. Desgroseiller, N. Vonarx, A. Guichard et B. Roy (dirs.), *La santé communautaire en 4 actes : repères, acteurs démarches et défis (p. 24-28)*. Québec : Presses de l'Université Laval.

_____. (2014). Santé et capitalisme : ce que nous apprend le cas des CLSC. *Nouveaux cahiers du socialisme*, (12), 128-139.

_____. (2013). Démocratisation des institutions et des pratiques en santé : l'exemple historique des cliniques populaires. *Nouvelles pratiques sociales, 26*(1), 231-246.

_____. (2008). *Le marxisme dialectique face aux grands courants d'analyse en sciences sociales : une critique des analyses positivistes et post-modernistes de la crise de l'État-providence*. (Mémoire de maîtrise non publié). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'*Archipel*, l'archive de publications électroniques de l'UQAM. http://www.archipel.uqam.ca/854/1/M10206.pdf

Pontaut, A. (1985). *Santé et sécurité : un bilan du régime Québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*. Montréal : Boréal Express.

Prémont, M.-C. (2008). Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec. *Health Law Journal, 16* (edition spéciale), 237-263.

La Presse. (1975, 20 mai). Le Conseil du patronat… répond à la CSN.

Projet de loi 120 : Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. (1990, 10 décembre). 1ère lecture, 34e législature, 1ère session.

Projet de loi 130 : Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux. (2016, 9 décembre). 1ère lecture, 41e législature, 1ère session.

Quadagno, J.S. (1984). Welfare Capitalism and the Social Securtiy Act of 1935. *American Sociological Review*, (49), 632-647.

Québec. Assemblée nationale. (1974, 14 mai). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 30e législature, 2e session, no 45.

_____. (1973, 4 décembre). *Journal des débats*. 30e législature, 1e session, vol. 14, no 6.

_____. (1971, 2 décembre). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 108.

_____. (1971, 25 novembre). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 106.

_____. (1971, 10 novembre). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 97.

_____. (1971, 19 octobre). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 91.

_____. (1971, 5 octobre). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 88.

_____. (1971, 24 août). Commission permanente des Affaires sociales. *Journal des débats*. 29e législature, 2e session, no 75.

Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux. (1972). A.C. 3322-72

Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire. (2017). *Portrait du rattachement administratif des équipes d'organisation communautaire dans les CISSS/CIUSSS*. Version préliminaire du 22 août 2017. Document interne. Non publié.

Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique ». Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff (dir.), *Médecine et société. Les années 80 (p. 513-549)*. Laval : Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

_____. (1977a). Réforme ou illusion ? : une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé. *Sociologie et sociétés, 9*(1), 127-152.

_____. (1977b). Crise de la médecine et politiques de santé : les leçons de l'histoire. *Possibles, 1*(2), 33-49.

_____. (1975). On the Structural Constraints to State Intervention in Health. *International Journal of Health Services, 5*(4), 559-571.

Renault, E. et Sintomer, Y. (dir.) (2003). *Où en est la théorie critique ?* Paris : La Découverte.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. (2008). Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé. [s. l.] : l'auteur.

Robin, R. (1984). La circulation de la parole 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, 2*(1), 45-98.

Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence.* Paris : Seuil.

Rosen, G. (1993). *A History of Public Health*. Baltimore et London : Johns Hopkins University Press.

Rouillard, J. (2014). Les jalons de l'histoire du syndicalisme québécois. *Droits et libertés, 33*(2), 14-17.

_____. (2004). *Le syndicalisme québécois : deux siècles d'histoire*. Montréal : Boréal.

_____. (1998). La révolution tranquille : rupture ou tournant ? *Journal of Canadian Studies, 32*(4), 23-51. Récupéré de http://search.proquest.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca :2048/docview/203554428/fulltext/731532E329BE4333PQ/1 ?accountid=14719

_____. (1989). *Histoire du syndicalisme au Québec : des origines à nos jours*. Montréal : Boréal.

_____. (1981). *Histoire de la CSN : 1921-1981*. Montréal : Boréal Express/CSN.

Rousseau, Y. (2004). Le commerce de l'infortune : les premiers régimes d'assurance-maladie au Québec (1880-1939). *Revue d'histoire de l'Amérique française, 58*(2), 153-186.

Roy, B. (2009). *Louise Gareau : infirmière de combats*. Québec : PUL.

Roy, M. (1987). *Les CLSC : ce qu'il faut savoir*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

Roy, M. (1982). *Processus décisionnel et organisme décentralisés : les Centres locaux de services communautaires (CLSC)*. (Mémoire de maîtrise non publié). Université du Québec à Montréal.

Rubel, M. (1974). *Marx critique du marxisme*. Paris : Payot.

Rueschemeyer, D., Stephens, E. H. et Stephens, J. (1992). Capitalist Development and Democracy : A Theoretical Framework. Dans *Capitalist Development and Democracy (p. 40-75)*. Chicago : University of Chicago Press.

Sainsbury, D. (1996). *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Presse.

Séguin, J.-M. (2000). *Non conventionnel, mais discret ! Les débuts du CLSC St-Louis-du-Parc*. Non publié.

Sethna, C. (2006). The Evolution of the *Birth Control Handbook* : From Student Peer-Education Manual to Feminist Self-empowerment Text, 1968-1975. *Canadian Society for the History of Medicine, 23*(1), 89-118.

Shragge, E. (1990). Community Based Practice : Political Alternatives or New State Forms ? Dans L. Davis et E. Shragge (dir.), *Bureaucracy and Community : Essays on the Politics of Social Work Practice (p. 137-173)*. Montréal : Black Rose Books.

Shragge, E. et Letourneau, T. (1987). *Community-Initiated Health and Social Services : Position Paper Submission to Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux*. Québec : Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux.

Skocpol, T. (1985). Bringing the State Back In : Strategies of Analysis in Current Research. Dans P. Evans, D. Rueschemeyer et T. Skocpol *Bringing the State Back In (p. 3-37)*. New York : Cambridge University Press.

_____ (1985b). *États et révolutions sociales*. Paris : Fayard.

Smith, D. E. (2005). Introduction. Dans *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Oxford: Altamira Press (Kindle's Edition).

_____. (2004). Women's Perspective as a Radical Critique of Sociology. Dans S. Harding (éd.), *The Feminist Standpoint Theory Reader (p. 21-33)*. New York: Rouledge.

Stevenson, G. (1977). Federalism and the Political Economy of the Canadian State. Dans L. Panitch (dir.), *The Canadian State : Political Economy and Political Power (p. 71-100)*. Toronto : University of Toronto Press.

Stone, A. (1992). Le « néo-institutionnalisme » : défis conceptuels et méthodologiques. *Politix*, (20), 156-168.

Swartz, D. (1977). The Politics of Reform : Conflict and Accomodation in Canadian Health Policy. Dans L. Panitch (dir.), *The Canadian State : Political Economy and Political Power (p. 310-343)*. Toronto : University of Toronto Press.

Tabet, P. (2004). *La grande arnaque : sexualité des femmes et échange économico-sexuel*. Paris : Harmattan.

_____. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcée. Dans N.-C. Mathieu (dir.) *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes (p. 61-146)*. Paris : École des hautes études en sciences sociales.

_____. (1979). Les mains, les outils, les armes. *L'Homme, 19*(3-4), 5-61.

Tanzi, V. (2000). Globalization and the Future of Social Protection. Dans FMI, *IMF Working Papers*, WP/00/12. Washington : FMI.

Taylor, J. (2004, 31 août). The Fundamentals of Community Health Centers. *National Health Policy Forum Background Paper*. Récupéré de http://www.ww.nhpf.org/library/background-papers/BP_CHC_08-31-04.pdf

Taylor, M. G. (1972). Quebec Medicare : Policy Formulation in Conflict and Crisis. *Canadian Public Administration, 15*(2), 211-250.

Therborn, G. (1984). Classes and States : Welfare State Developments, 1881-1981. *Studies in Political Economy*, (14), 7-41.

Thomas, P. (2002). Bringing Poulantzas Back In. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Thompson, E. P. (1971). The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century. *Past & Present*, (50), 76-136.

_____. (1968). Preface. Postscript. Dans *The Making of the English Working Class (p. 9-15; 916-939)*. Harmondsworth : Penguin Books.

Torfing, J. (1999). *New Theories of Discourse : Laclau, Mouffe and Žižek*. Oxford : Blackwell Publishers.

Tougas, C. (1973, 14 juin). Les cliniques populaires ne « plieront » pas devant Castonguay. *La Presse*, p. D3.

Tremblay, Louis-Marie. (1972). *Le syndicalisme québécois : idéologies de la C.S.N. et de la F.T.Q. 1940-1970*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Tsoukalas, C. (2002). Relative Autonomy and Its Changing Forms. Dans *Paradigm Lost : State Theory Reconsidered*. Minneapolos : University of Minnesota Press (Kindle's Edition).

Tucker, E. (2008). The Constitutional Right to Bargain Collectively : The Ironies of Labour History in the Supreme Court of Canada. *Labour, 61*, 151-180.

_____. (1990). *Administering Danger in the Workplace : The Law and Politics of Occupational Health and Safety Regulation in Ontario 1850-1914*. Toronto : University of Toronto Press.

Université du Québec à Montréal. Service des archives et de gestion des documents. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-630 : 02/72. Résolutions présentées au quatrième congrès fédéral du Nouveau parti démocratique, 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-630 : 02/90. Résolutions présentées au sixième congrès fédéral du Nouveau parti démocratique, 1971.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/2. *Les politiques de protection sociale*. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Guy Roger, 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/3. *Le monde de la santé : problèmes de production des soins*. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Thomas J. Boudreau, 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/4. *Notes sur Services de santé et de bien-être*. Texte préparé pour un colloque de la Fédération des Travailleurs du Québec par Nicholas Zay, 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/144. Le travailleur canadien, revue du Conseil du travail du Canada, volume 15, numéro 6.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-640/148. Annexe à la publication « Politique de la FTQ 1960-1967 ». Résolutions adoptées au Congrès de la FTQ, 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/5. *Mémoire législatif à monsieur Jean Lesage, premier ministre, et aux membres du Conseil exécutif de la province de Québec*, [s. d.].

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/25. Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay), 1967.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/39. *Une promesse ancienne servie à la moderne*. Un texte de Noël Pérusse, direction des relations extérieures de la FTQ, proposé au 12e Congrès de la FTQ, 1966.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/59. Mémoire de la Fédération des travailleurs du Québec présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1968.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 01/161. Sans titre. Plan d'un mémoire concernant l'administration des hôpitaux, 1968.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/2. *L'assurance-santé*. Mémoire conjoint de la Confédération des travailleurs catholiques du Canada et la Fédération des travailleurs du Québec (C.T.C.-F.A.T.-C.O.I.), 1957.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/3. Mémoire sur l'assurance-santé présenté par la FTQ, l'UCC et la CSN, 1966.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 02/7. Mémoire sur l'assurance-hospitalisation présenté conjointement par la Fédération des travailleurs du Québec, la Confédération des syndicats nationaux, l'Union catholique des cultivateurs, le Conseil de la coopération du Québec, la Fédération des unions de familles, le Chapitre français de Montréal de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, 1960.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-660 : 04/6. *Cessons de mourir à l'ouvrage : la sécurité avant le travail*, 1975.

_____. Fonds d'archives de la FTQ, 100P-710/1. *Le rôle social du médecin : sacerdoce ou commerce ?* Communication du président Louis Laberge de la FTQ, à la Lyman Duff Memorial Conference on Medical Affairs, 1966.

Vaillancourt, Y. et Lévesque, B. (1987). Les origines de l'État-providence au Canada. Retour sur la lecture du Rapport MacDonald. *Revue canadienne de politique sociale*, (18), 129-140.

Vaillancourt, Y. et Pelletier, M. (1974). *Les politiques sociales et les travailleurs*. Montréal : Yves Vaillancourt.

Wahl, A. (2011). *The Rise and Fall of the Welfare State*. Londres : Pluto Press.

Wallace, E. (1950). The Origin of the Social Welfare State in Canada, 1867-1900. *Canadian Journal of Economics and Political Science*, (16), 383-393.

Wang, S. (2009). China's Double Movement in Health Care. Dans C. Leys et L. Panitch (éd.), *Socialist Register, 2010 : Morbid Symptoms : Health Under Capitalism (p. 240-261)*. Londres : The Merlin Press.

Weber, M. (1963). *Le savant et le politique*. Paris : Union générale des éditions.