

RAPPORT DE THÈSE
*La participation publique et les réformes des
institutions sociosanitaires québécoises*

par
François Marchand

Sous la direction de
Prof. Caroline Andrew

Thèse de maîtrise
Science politique

Université d'Ottawa
18 juin 2017

Remerciements

Ce projet de thèse de maîtrise fut pour moi un bonheur et un privilège, mais qui a exigé des sacrifices de la part des membres de ma famille, Jacinthe, Chloé, Edmond et Marianne. Du début à la fin, j'ai pu bénéficier du soutien indéfectible de la part de mon épouse Jacinthe Trudeau, qui a grandement contribué à ce que je puisse jouir du plaisir de la recherche et de la connaissance dans des conditions idéales. Pour cela, je lui en suis infiniment reconnaissant.

Je remercie ma directrice de thèse, Prof. Caroline Andrew, qui m'a accompagné fidèlement du début à la fin de ma thèse. Caroline a répondu patiemment à mes questions et a lu, relu et encore relu mes ébauches de rapport, toujours en me fournissant généreusement un maximum de rétroactions pertinentes, critiques, constructives et d'une incroyable promptitude.

J'aimerais aussi remercier le professeur Louis Simard qui a accepté d'évaluer mon projet de thèse et dont les commentaires et suggestions de lecture ont eu un impact significatif et positif sur ma recherche.

En terminant, je remercie mes amis Joël Bourgeois et Marie-Josée Goulet qui m'ont fait profiter de leur expérience dans le domaine de la recherche et de la linguistique, ce qui m'a permis d'améliorer la qualité de mon projet de thèse et du présent rapport.

Résumé

La participation publique fait partie du décor de la gouvernance des institutions sociosanitaires québécoises depuis plusieurs décennies. Malgré une apparente volonté de la part des élus pour les maintenir et les réinventer, les instruments de participation publique mis en place au sein du système de santé fournissent aux citoyens un pouvoir négligeable sur les décisions majeures qui concernent le système de santé. Nous avons appliqué la grille d'analyse des innovations démocratiques de Graham Smith (2009) à l'étude des choix et du discours en matière de participation publique par les élus et commissaires d'enquête lors des principales réformes des institutions québécoises de santé. Notre analyse a révélé que les élus et commissaires d'enquête arborent des positions paradoxales, se disant généralement favorables à la participation publique, tout en recommandant et adoptant des mesures qui limitent le pouvoir des citoyens. Notre étude nous a aussi permis de faire ressortir que la faible propension des élus et commissaires d'enquête à offrir des espaces de participation publique ne s'appliquerait qu'à propos des instruments de participation publique offrant aux citoyens un rôle direct sur la prise de décision, alors que les élus semblent plus ouverts aux instruments purement consultatifs.

Table des matières

REMERCIEMENTS	II
RÉSUMÉ	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES TABLEAUX	VIII
AVANT-PROPOS	IX
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
2.1 DESCRIPTION DU PROBLÈME DE RECHERCHE.....	3
2.2 L'ÉTAT DE LA QUESTION.....	3
2.3 QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	16
2.4 CADRE CONCEPTUEL.....	18
3. LES PRINCIPALES RÉFORMES DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU QUÉBEC	20
3.1 RÉFORME CASTONGUAY - 1971.....	20
3.2 RÉFORME CÔTÉ - 1991.....	21
3.3 RÉFORME TRUDEL – 2001.....	22
3.4 RÉFORME COUILLARD - 2004.....	24
3.5 RÉFORME BARRETTE - 2014.....	27
4. MÉTHODOLOGIE	28
4.1 CONSTITUTION DE NOTRE CORPUS.....	28
4.2 COLLECTE ET CODIFICATION DES DONNÉES.....	32
5. ANALYSE DES DONNÉES	39
5.1 RÉFORME CASTONGUAY (1971).....	39
5.2 RÉFORME CÔTÉ (1991).....	47
5.3 RÉFORME TRUDEL (2001).....	56
5.4 RÉFORME COUILLARD – 2004.....	65

5.5 CONCLUSION DE L'ANALYSE DES DONNÉES (POUR TOUTES LES RÉFORMES).....	74
6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE NOTRE ANALYSE.....	79
6.1 RÉPONSE ALTERNATIVE À NOTRE QUESTION DE RECHERCHE.....	79
7. CONCLUSION.....	90
7.1 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE	90
7.2 CONTRIBUTIONS ET LIMITES DE NOTRE RECHERCHE.....	90
7.3 NOUVELLES AVENUES DE RECHERCHE	92
8. BIBLIOGRAPHIE	94

Liste des sigles et acronymes

BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
CRSS	Conseil régional de services sociaux
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être (2005 à aujourd'hui)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGEQ	Directeur général des élections du Québec
ENAP	École nationale d'administration publique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INM	Institut du Nouveau Monde
MRC	Municipalité régionale de comté
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NMP	Nouveau management public
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations-Unies
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PLQ	Parti libéral du Québec
PQ	Parti québécois
RLS	Réseau local de services

Liste des figures

FIGURE 1 - SOMME DU NOMBRE DE DONNÉE TRIÉE PAR DIMENSION DE SMITH (1971).	40
FIGURE 2 – SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE » TRIÉE SELON LA PONDÉRATION D'ORIENTATION (+/-) (1971).	40
FIGURE 3 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION CODIFIÉE SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE », TRIÉE EN FONCTION DE LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE (1971).....	41
FIGURE 4- SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « EFFICIENCE », TRIÉES SELON LA PONDÉRATION D'ORIENTATION (+/-) (1971).	43
FIGURE 5 - SOMMES DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION D'EFFICIENCE, TRIÉE EN FONCTION DE LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE « 1, 2 &3 » (1971).	44
FIGURE 6 - SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES TRIÉES SELON LES COMBINAISONS DE CODIFICATION POSSIBLE (1971).	45
FIGURE 7- SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES TRIÉES SELON LES DIMENSIONS DE SMITH (1971 & 1991).....	48
FIGURE 8 – SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE » ET TRIÉES SELON LA PONDÉRATION D'ORIENTATION "+/-" (1971 & 1991).	49
FIGURE 9 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE », TRIÉES EN FONCTION DE LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE « +/- » (1971 ET 1991).	50
FIGURE 10 - SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES ET DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION « +/- », TRIÉE SELON LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE (1971 & 1991).....	51
FIGURE 11 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « D'EFFICIENCE », TRIÉES SELON LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE « +/- » (1971 & 1991).....	52
FIGURE 12 - SOMME DU NOMBRE DE DONNÉES TRIÉES SELON LES DIMENSIONS DE SMITH (2001).	57
FIGURE 13 - SOMME DU NOMBRE ET DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION « +/- » DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE », TRIÉE EN FONCTION DE LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ RELATIVE « 1, 2 & 3 » (2001).	58
FIGURE 14 – SOMME DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ « 3 », TRIÉES SELON LA PONDÉRATION D'ORIENTATION « +/- ». (1971, 1991 & 2001)	60
FIGURE 15 - SOMMES DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « INCLUSION » POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES. (1971, 1991, 2001 & 2004)	61
FIGURE 16 - SOMME DES DONNÉES TRIÉES EN FONCTION DES DIMENSIONS DE SMITH (2004).	66
FIGURE 17 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION « +/- » DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « EFFICIENCE », TRIÉES PAR RÉFORME. (1971, 1991, 2001 ET 2004)	66
FIGURE 18 - SOMME DU NOMBRE ET DE L'ORIENTATION « +/- » DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION DE « CONTRÔLE POPULAIRE », TRIÉES SELON L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2001 & 2004).....	67
FIGURE 19 - SOMME DU NOMBRE ET DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION « +/- » DES DONNÉES TOUTES DIMENSIONS CONFONDUES, TRIÉES SELON LES RÉFORMES. (1971, 1991, 2001, 2004)	67
FIGURE 20 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION ET DU NOMBRE DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ "3" ET SELON LA DIMENSION "CONTRÔLE POPULAIRE" POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2001 & 2004).	75
FIGURE 21 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION ET DU NOMBRE DE DONNÉES CODIFIÉES SELON LES DIMENSIONS "CONTRÔLE POPULAIRE", "INCLUSION", "TRANSPARENCE" ET "JUGEMENT RÉFLÉCHI" POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2001 & 2004).....	76
FIGURE 22 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION ET DU NOMBRE DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA PONDÉRATION D'INTENSITÉ "3" ET SELON LES DIMENSIONS "INCLUSION", "TRANSPARENCE" ET "JUGEMENT RÉFLÉCHI" POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2002 & 2004).	77

FIGURE 23 - SOMME DE LA PONDÉRATION DE L'ORIENTATION « +/- » DES DONNÉES CODIFIÉES SELON LA DIMENSION « CONTRÔLE POPULAIRE », TRIÉES SELON LES NIVEAUX DE PONDÉRATION D'INTENSITÉ « 1 » ET « 3 » POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2001 & 2004).	78
FIGURE 24 - SOMME DE LA PONDÉRATION D'ORIENTATION DES DONNÉES, TRIÉES PAR RÉFORME POUR L'ENSEMBLE DES RÉFORMES (1971, 1991, 2001 & 2004.).....	87

Liste des tableaux

TABLEAU 1- ÉVOLUTION DE L'OFFRE EN MATIÈRE DE PARTICIPATION PUBLIQUE AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	10
TABLEAU 2 - ÉVOLUTION DES FORUMS DE LA POPULATION DANS LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX.....	24
TABLEAU 3 - LISTE COMPLÈTE DES DOCUMENTS SOURCES (CORPUS).....	31
TABLEAU 4 - GRILLE DE COLLECTE DES DONNÉES	37

Avant-propos

Je crois profondément qu'une procédure démocratique de prise de décision peut accroître les chances collectives de faire les bons choix en faisant appel à « l'intelligence collective » d'un groupe ou d'une communauté, donc à l'ensemble des membres d'une société, pas uniquement les élites. Pour la politologue Hélène Landemore (2013), cette idée est plus qu'une croyance, mais un principe fondamental de la procédure démocratique qu'elle nomme la « diversité cognitive ». (Landemore, 2013).

C'est cette confiance envers les procédures démocratiques et dans les vertus de la participation citoyenne qui est la source de mes intérêts professionnels en tant qu'organisateur communautaire depuis dix ans. En effet, j'ai œuvré durant ces années comme facilitateur de l'implication des citoyens principalement dans des projets et des mobilisations pour la défense du droit à l'accès à des soins de santé de qualité. À tort ou à raison, mon souci durant ces années a, entre autres, été de construire des ponts entre les citoyens et les institutions, en d'autres mots, il m'a toujours paru important de faire le nécessaire pour que l'appareil gouvernemental ne perde pas le contact avec les citoyens. Durant ces neuf années, j'ai observé la place des citoyens dans la gouvernance du réseau, ce qui m'a donné envie de pousser plus loin mes réflexions en étudiant la participation citoyenne au sein des institutions de santé au Québec.

1. Introduction

De nombreuses institutions publiques font de plus en plus de place à la participation des citoyens dans leur gouvernance. En ce sens, le secteur municipal, ici comme ailleurs, ainsi que le secteur de l'environnement, pour ne nommer que ceux-là, regorgent d'initiatives. Citons comme exemple le budget participatif de Porto Alegre au Brésil, ou plus près de nous les conseils de quartier de la Ville de Québec, le cadre de référence en matière de participation citoyenne de la Ville de Gatineau, ainsi que le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement du Québec (BAPE).

Du côté des institutions sociosanitaires québécoises, la présence de la participation publique est toutefois entourée d'un voile d'incertitude. En effet, comme l'affirment Gauvin et coll., « Bien qu'il y ait une volonté à maintenir, promouvoir et renouveler la participation publique, le système québécois donne encore peu d'emprise aux citoyens et usagers dans les décisions majeures affectant le système de santé et de services sociaux. » (Gauvin, Martin, Forest et Abelson, 2009, p. 44). En ce sens, nous nous sommes intéressé aux appels de l'Organisation des Nations-Unies (ONU) qui, depuis les années 1970, interpelle les États du monde entier afin de démocratiser les institutions publiques sociosanitaires. En effet, en 1978 la Déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1978) sur les soins de santé primaire, et ensuite en 1986, la Charte d'Ottawa de l'OMS pour la promotion de la santé, prônait un plus grand rôle des citoyens dans la prise de décision en regard de l'organisation des services de santé (OMS, 1986). Plus récemment, l'OMS a fait de la participation du public l'une de ses cinq conditions essentielles au bon fonctionnement d'un système public de santé (OMS, 2010), alors que le Comité des Nations-Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels mentionnait en 2000 dans son observation générale n° 14 qu'

Un autre aspect important [en regard de l'actualisation du droit pour tous, au meilleur état de santé susceptible d'être atteint] est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé au niveau communautaire, national et international. (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, p. 3).

La participation publique apparaît ainsi comme un enjeu de gouvernance des institutions sociosanitaires aux yeux de l'OMS. Les institutions québécoises ont été le théâtre de nombreuses expérimentations en regard des différentes formes de la contribution des citoyens au processus de prise de décision. Par la présente recherche, nous tenterons de mieux comprendre l'évolution des formes de la participation publique au cours de l'histoire du système québécois de santé, depuis la réforme Castonguay de 1971 jusqu'à tout récemment. Nous voulons non seulement comprendre l'évolution des formes de la participation publique, mais tout autant analyser les choix et le discours gouvernemental en matière de participation publique. En d'autres mots, nos objectifs de recherche sont d'analyser la participation publique dans une perspective institutionnelle, ainsi que de mettre en relief la trajectoire historique de la participation publique dans le réseau québécois de la santé, en analysant le discours des élus et des commissaires d'enquête, en regard de la participation publique, et ce, au cours des principales réformes de la gouvernance dans le secteur de la santé, soient les réformes Castonguay (1971), Côté (1991), Trudel (2001) et Couillard (2004).

Pour atteindre nos objectifs de recherche et soutenir notre travail d'analyse, nous avons fait appel à la grille d'analyse des innovations démocratiques de Graham Smith (2009), laquelle nous semble contenir un potentiel intéressant de renouvellement de la recherche en matière de participation publique.

2. Problématique de recherche

2.1 Description du problème de recherche

Selon Forest et coll. (2000), les diverses expérimentations de participation publique mises en place durant les années 1990 ont fait l'objet d'évaluation par les gestionnaires du réseau de la santé québécois sur des bases principalement « informelles et intuitives », généralement sous l'angle des obstacles et des contraintes. Comment expliquer cette perception négative de la part des gestionnaires envers les instruments de participation publique durant la décennie 1990? Cette perception est-elle aussi présente auprès des élus de l'Assemblée nationale du Québec qui ultimement décide si oui ou non des instruments de participation publique doivent être mis en place? Est-ce que cette même perception était aussi présente lors d'autres périodes de l'évolution du réseau de la santé? C'est de la perception de l'appareil gouvernemental en regard de la participation publique qu'il est question ici et outre l'analyse de Forest et coll. durant les années 1990, il n'existe aucune autre analyse qui aborde l'enjeu de la participation publique selon la perspective des acteurs gouvernementaux.

2.2 L'état de la question

La littérature sur la participation publique propose des analyses sur différents aspects allant des conditions de réussite, aux effets institutionnels et sociétaux de la participation publique, en passant par la définition du « public ». Nous avons choisi de focaliser notre état de la question principalement sur les dimensions de la participation publique au sein du réseau de la santé québécois, mais tout d'abord nous trouvons important de passer rapidement sur la question générale de la définition de la participation publique.

2.2.1 Définir la participation publique

Depuis une cinquantaine d'années, la participation est une notion politique qui s'est taillé une place au sein de la communauté des théoriciens de la démocratie. Elle porte toutefois en elle une ligne de fracture qui a divisé les théoriciens de l'école classique, qui se sont portés à la défense de la démocratie représentative face aux théoriciens de la démocratie participative qui en furent de virulents critiques. Selon J.A. Schumpeter (1946), qui fut l'un des théoriciens phares en matière de critique des théories participatives de la démocratie, il est évident que la « démocratie directe », à laquelle sont associés les « participationnistes » au milieu du siècle dernier, n'a qu'un attrait théorique et que dans les faits elle est techniquement inapplicable. La persistance et la vitalité des principes de la démocratie directe ne peuvent s'expliquer, selon l'auteur, que par le fait de sa valorisation par le mouvement politique socialiste et marxiste qui met au cœur de son idéologie la souveraineté des peuples.

De l'autre côté de la ligne de fracture se trouvent les théoriciens de l'école participationniste comme Carole Pateman (1970), qui voit dans le fonctionnement de la démocratie représentative une réduction de la notion de citoyenneté et par le fait même de la participation, à la seule participation électorale

« [...] under the existing parliamentary institutions the elector has no real choice of, or control over, his representative, and the system actually denies the right of the individual to participate because having chosen his representative, the ordinary man has, according to that theory, nothing left to do except let other people govern him. » (Pateman, 1970, p. 37).

Pour Anthony Giddens (1998), la remise en question de la démocratie représentative se confond avec la remise en question de l'État providence et de la légitimité de leur gouvernement. Cette remise en question trouve sa source à la fois à l'extérieur et à l'intérieur des États par le phénomène de la

mondialisation des marchés, ainsi que par la transformation de la citoyenneté, les citoyens demandant de plus en plus que leur point de vue soit considéré dans la balance des décisions.

Pour Callon, Lascoumes et Barthe (2001), c'est justement dans le creuset des externalités produites par l'économie de marché que se loge la demande des citoyens pour une participation accrue aux décisions qui les concernent. Ceux-ci exigent de plus en plus que soient considérés leur point de vue, et non pas seulement celui des experts, en regard de l'identification et des pistes de solutions concernant lesdites externalités. Ce faisant, les citoyens viennent confronter les modes traditionnels de prise de décision « tranchée et saignante » prise par une seule personne en position forte d'autorité, en y opposant un processus consensuel qui engage un réseau d'acteurs diversifiés. Cette demande citoyenne ne constitue pas en soi une remise en question fondamentale de la démocratie représentative, mais au contraire, comme le proposent Callon et coll. (2001), le principe même de la « représentation » serait « fondé sur un mécanisme plus primitif qui est celui de la consultation ». (Callon et coll. 2001, location Kindle 2762).

C'est précisément de ce bouillonnement théorique décrit ci-dessus qu'émerge le concept de participation publique que nous explorerons plus en détail dans les prochaines sections.

Selon Rowe et Frewer (2000), le concept de participation publique (*public participation*) englobe un groupe de procédures visant à consulter, impliquer et informer le public pour permettre à ceux qui sont touchés par une décision de contribuer à ladite décision. Pour ces deux auteurs, parler de participation publique c'est parler de délibération entre les parties prenantes d'une décision et non pas seulement de consultation (*public consultation*) ou d'information au public (*public information*). Le sens du flux d'information est ici l'élément central des trois types d'engagements du public dans le processus de prise de décision selon Rowe et Frewer (2000) : dans l'approche d'information au

public (*public information*) l'information circule de l'institution vers les citoyens, alors qu'avec une approche de consultation du public (*public consultation*) l'information va dans le sens inverse. Finalement, lorsque l'on parle de participation publique (*public participation*) le flux d'information est bidirectionnel, on parle alors de délibération.

Louis Simard aborde la participation publique dans la perspective des instruments d'élaboration et de mise à jour des politiques publiques. Pour Simard, les instruments de participation publique proposent des processus d'ajustement mutuel entre les différents acteurs. Ces instruments sont à la fois constitués de règles et de normes qui encadrent les parties prenantes, tout en permettant aux acteurs de recadrer l'instrument et ainsi influencer le processus de décision. Pour Simard, les instruments de participation publique ont comme particularité fondamentale de renforcer la place des citoyens dans la construction mutuelle des politiques publiques entre les différentes parties prenantes (Simard, 2013).

Thibaut, Lequin et Tremblay ont proposé, en 2000, un cadre de référence de la participation publique au Québec. Pour les auteurs, on parle de participation publique lorsque

[...] les membres d'une collectivité s'associent directement au processus de prise de décision d'une organisation, ou d'une institution gouvernementale à laquelle ils appartiennent. La participation publique, c'est donc la participation du public à une décision publique, d'un organisme public. » (Thibault et coll., 2000, p. 1).

Allant dans le même sens, l'Institut du Nouveau Monde (INM), qui est un organisme québécois non partisan ayant comme mission de favoriser la participation citoyenne au sein de la société québécoise, distingue trois modes de participation des citoyens : la *participation sociale*, la *participation publique* et la *participation électorale*. La *participation électorale* est définie comme la participation entourant des élections, à la fois en tant qu'électeurs et candidats. Ensuite, la

participation sociale concerne l'implication dans des activités au sein de la communauté, dans un militantisme, ou dans un organisme. Finalement, la *participation publique* « désigne l'engagement des individus dans des dispositifs formels régis par des règles clairement établies et ayant pour but l'atteinte d'un objectif formulé explicitement. Ces dispositifs peuvent être des structures ou des processus, permanents ou ponctuels. » (INM, 2015). De leur côté, Forest et coll. (2000) utilisent le concept de « participation publique » pour désigner tout simplement la participation des citoyens dans l'administration des institutions au Québec.

Jacques Godbout propose une définition plus sociologique qui met l'accent sur la notion de pouvoir au centre et la présente dans une perspective d'échange et de réciprocité : « La participation publique, c'est le processus d'échange volontaire entre une organisation qui accorde un certain degré de pouvoir aux personnes touchées par elle et ces personnes qui acceptent en retour un certain degré de mobilisation en faveur de l'organisation. » (Godbout, 2014, p. 35).

Si l'utilisation du concept de « participation publique » varie d'un auteur à l'autre, elle reste toutefois relativement homogène, en étant bien campée dans l'univers de l'engagement des citoyens dans la gouvernance des institutions publiques.

2.2.2 Participation publique et institutions de santé au Québec

En 2009, Gauvin et coll. affirmaient que l'évolution des instruments de participation publique au sein des institutions sociosanitaires québécoises semblait marquée par une ambivalence. Les auteurs s'exprimaient alors en ces termes :

L'expérience citoyenne à la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec a été marquée par de nombreux bouleversements au gré des différentes réformes initiées au cours des quatre dernières décennies. Jusqu'à présent, les structures participatives aux paliers local, régional et provincial semblent avoir favorisé davantage l'échange

d'information, voire la confrontation, plutôt que la conciliation des intérêts et l'appropriation des services par la population. Bien qu'il y ait une volonté à maintenir, promouvoir et renouveler la participation publique, le système québécois donne encore peu d'emprise aux citoyens et usagers dans les décisions majeures affectant le système de santé et de services sociaux. (Gauvin et coll., 2009, p. 45)

Depuis son apparition dans les années 1970, la participation publique a surtout été pratiquée au sein des conseils d'administration, principalement au niveau des instances locales, mais elle s'est aussi mise en œuvre au travers d'innovations plus ou moins durables. La place des citoyens dans les conseils d'administration est aujourd'hui (2017) réduite aux sièges réservés pour les comités d'usagers, c'est-à-dire à un siège pour chacun des 28 établissements, alors que le réseau québécois comptait plus de 300 établissements dotés de conseil d'administration dans les années 1980. À l'extérieur des conseils d'administration d'établissements locaux, selon nos recherches, il ne resterait que trois postes citoyens répartis dans deux comités de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), soit le comité scientifique permanent de l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription et le comité scientifique permanent des analyses de biologie médicale. À cela il faut ajouter les 25 membres du *Forum de consultation du Commissaire à la santé et au bien-être* (CSBE), mais ces derniers disparaîtront vraisemblablement au cours des prochains mois après la décision du gouvernement au printemps 2016 d'abolir l'ensemble du CSBE (Sioui et Daoust-Boisvert, 2016).

La diminution de l'offre en matière de participation publique ne s'exprime pas qu'en termes de nombre de « sièges ». Nous remarquons, à l'instar de Contandriopoulos (2002), qu'il existe un enjeu important en regard de la définition du « public » ou du « citoyen ». Le citoyen se confond, nous semble-t-il, de plus en plus avec « l'expert » ou le spécialiste comme l'illustre très bien le profil du titulaire du poste de « membre citoyen » du *Comité scientifique permanent des analyses de biologie médicale*. En effet, sur le site de l'INESSS on indique que la titulaire en question est « Conseillère en

évaluation des technologies » dans un centre hospitalier universitaire au Québec¹. Une certaine « professionnalisation » des participants semble donc caractériser la participation publique dans le réseau de la santé.

Comme l'affirmaient Forest, Abelson, Gauvin, Martin et Eyles (2003), les dispositifs de participation publique utilisés tournent surtout autour de la désignation des membres à des conseils d'administration d'établissement et à des audiences publiques formelles. Selon les mêmes auteurs, la palette des moyens pour favoriser la participation publique est plus que modeste quand on la compare à la gamme des possibilités qui s'offrent aux décideurs du réseau (panels citoyens, jurys citoyens, conférences de consensus, groupes de discussion, états généraux, etc.). Ce constat cache toutefois le caractère expérimental de la participation publique dans le réseau de la santé. En effet, même si la participation au sein des conseils d'administration et des comités d'usagers a été dominante, la création des assemblées régionales, des forums de la population rattachés aux régies régionales, ainsi que du Forum de consultation du CSBE constituent néanmoins des expérimentations qui se démarquent dans l'histoire de l'évolution de la participation publique. Malheureusement, le fait que ces expérimentations furent trop souvent de courte durée et sous-exploitées contribue à assombrir le bilan en matière de participation publique. Voici un tableau synthèse de l'évolution de l'offre en matière de participation publique au sein du réseau de la santé et des services sociaux (Tableau 1).

¹ Mandat et composition du *comité scientifique permanent des analyses de biologie médicale* de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/a-propos/structure/comites-scientifiques-permanents/comite-scientifique-permanent-des-analyses-de-biologie-medicale.html>

Tableau 1- Évolution de l'offre en matière de participation publique au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Réformes	Les instruments de participation publique
Castonguay 1971	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création des conseils d'administration d'établissement mixte composé entre autres de citoyens élus en assemblée publique. ➤ Création des <i>comités des usagers</i> (niveau local).
Côté 1991	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introduction de la participation publique au palier régional par la création des Régies régionales et des assemblées régionales composées de 80 à 150 citoyens élus au suffrage universel. Ce sont les assemblées régionales qui nomment un certain nombre de membres du conseil d'administration (CA) des régies régionales. Ces assemblées ont été abolies cinq ans plus tard. ➤ Le mode de désignation des citoyens au sein des conseils d'administration des établissements locaux est passé du mode par assemblée publique au mode par suffrage universel. ➤ Début de l'ère des fusions d'établissements locaux. À noter que chaque fusion constitue un recul dans l'offre de participation publique.²
Trudel 2001	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création des Forums de la population dans chaque région du Québec dont les participants (pas nécessairement des citoyens) sont nommés par les CA des Régies régionales (niveau régional). Cet instrument qui a survécu aux réformes Couillard (2004) et Barrette (2015) n'a toutefois jamais été vraiment utilisé par les instances régionales.
Couillard 2004-2005	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création du Forum de consultation composé de 25 citoyens et annexé au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Le Forum est composé de 16 citoyens provenant de chacune des régions du Québec et de 9 citoyens-experts, tous nommés par le commissaire. ➤ Réduction importante du nombre total de poste d'administrateur citoyen au sein des conseils d'établissement, conséquence directe des fusions massives d'établissements.
Barrette 2015	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fin de la participation de la population aux conseils d'administration des établissements locaux. ➤ Abolition du CSBE prévue au budget 2016-2017 du gouvernement du Québec, qui menace l'existence du Forum de consultation.

² « Le nombre d'établissements entre 1990 et 2009 a été réduit de plus des deux tiers (-68 %) du fait, en grande partie, de fusions et de changements de vocation de certains établissements. » (ENAP, 2012, p.7)

À propos des comités d'usagers, il nous semble que la place des comités d'usagers au sein de la famille des instruments de participation publique soulève quelques questions et confronte les différentes définitions de la participation publique. Il est en effet tentant d'affirmer que les comités d'usagers représentent les derniers bastions de la participation publique dans le système de santé québécois. Le sont-ils vraiment? L'ont-ils déjà été? Forest et coll. (2003) parlaient de « forme limitée de participation des usagers ». Selon le site internet du *Regroupement provincial des comités des usagers santé services sociaux*, « Le mandat du comité des usagers est d'être le gardien des droits des usagers. Le comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés ».³ Son rôle se situe donc dans le contrôle de qualité de la prestation des services et le fait que ces comités jouissent de ressources de fonctionnement de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux (depuis 1991) et qu'ils aient des sièges qui leur sont réservés aux conseils d'administration des établissements leur donne un certain pouvoir sur les décisions prises par le conseil d'administration, pouvoir qui est toutefois grandement limité par la minorité des usagers au sein des conseils. Graham Smith (2009) de son côté n'aborde pas les comités d'usagers et autres instruments de participation de type « consommateur de services ». La grille qu'il propose est plutôt impitoyable pour ce genre d'instrument qui, malgré qu'il offre un niveau intéressant d'inclusion, serait faiblement évalué en regard, notamment, du « contrôle populaire », c'est-à-dire le degré d'influence que ce genre d'instrument peut avoir sur les décisions au sein des instances auxquelles elles sont rattachées. Par contre, Smith admet que rares sont les instruments de participation publique qui ont un effet direct sur l'adoption de politiques ou de lois.

³ <http://www.rpcu.qc.ca/fr/exercer-ses-fonctionsCU.aspx>

2.2.3 La décentralisation : une condition essentielle à la participation publique ?

Dans un ouvrage portant sur des politiques de décentralisation au Québec et ailleurs dans le monde, Vincent Lemieux définit le concept de décentralisation comme ceci :

« Les politiques de centralisation et de décentralisation concernent des situations qui sont plus ou moins centralisées ou décentralisées, et ce par des mesures qui portent sur des attributions transférées du centre à la périphérie ou de la périphérie au centre. Les attributions sont les enjeux des politiques de centralisation ou de décentralisation, mais elles sont aussi une partie des atouts que les acteurs utilisent dans les relations de pouvoir où se jouent ces politiques. » (Lemieux, 2001, p. 36)

Cette définition générale du phénomène de la décentralisation nous semble bien cadrer avec notre perspective de recherche. En effet, l'élément central de cette définition concerne ce que Lemieux nomme « les attributions », lesquelles englobent les ressources et le pouvoir d'en disposer, ainsi que les acteurs présents ou potentiellement présents au centre et en périphérie qui interagissent dans des relations de pouvoir pour le contrôle des dites ressources. En ce sens, dans la perspective de décentralisation (centralisation) au sein des institutions sociosanitaires québécoises, le « public » doit être considéré comme un groupe d'acteurs parmi d'autres, susceptible d'entrer dans le jeu des relations de pouvoir pour le contrôle des ressources du réseau de la santé.

Au sein des institutions sociosanitaires québécoises, la participation publique a émergé dans les années 1970 dans une mouvance de décentralisation de la gouvernance et a déclinée à partir du milieu des années 1990 lorsque le réseau a pris le chemin des fusions d'établissement et de la recentralisation de l'administration. Cela donne à penser que la participation publique au sein des institutions sociosanitaires québécoises semble avoir été dépendante, entre autres, de la dynamique évolutive de la décentralisation / centralisation. Cela est tout à fait en concordance avec le fait que la décentralisation des pouvoirs soit massivement présentée dans la littérature comme une condition

sine qua non à la participation publique, parce qu'elle permet l'expression des positions de la population à l'échelle locale (Divay, 2009; Church et coll., 2002; Forest et coll., 2000; Crozier et Fiedberg, 1977; Pateman, 1970). Dans cette perspective, les instruments de participation publique ne seraient viables que lorsqu'ils sont instaurés au niveau le plus bas des paliers de gouvernance publique.

Toutefois, de nombreux autres auteurs ne placent pas, ou peu, la décentralisation comme une condition essentielle à la participation publique (Simard, 2013; Smith, 2009; Rowe et Frewer, 2005; Callon et coll., 2001). Comme le souligne Graham Smith (2009), malgré les expériences de décentralisations, les grandes décisions et le pouvoir continuent de s'exercer principalement au-delà du niveau local. Pour Smith, les dispositifs de participation publique doivent donc s'ajuster en conséquence. Dans cette perspective, Abelson, Martin & Gauvin (2011) démontrent que même dans une structure très centralisée comme le CSBE, l'apport d'un instrument de participation publique comme le Forum de consultation est possible, même avec un certain succès.

2.2.4 Les outils d'analyse de la participation publique

La littérature est très mince en matière d'outil théorique pour l'analyse de la participation publique et l'évaluation des instruments de participation publique dans le contexte québécois des institutions sociosanitaires. Forest et coll. (2000) proposent un cadre des critères de réussite des approches délibératives, composé de dix-sept critères regroupés dans quatre dimensions distinctes soit la représentativité, la façon de procéder, la préparation de la décision et les effets mesurables. Les auteurs proposent aussi une conceptualisation des principaux bénéfices attendus de la participation publique, qui se résument, selon les auteurs, à trois fonctions : l'information, la conciliation et l'appropriation.

Dans le secteur de la gouvernance en matière d'environnement, Callon, Lascoumes et Barthe (2001) proposent une grille d'analyse constituée à partir d'une série de critères de classement des procédures dialogiques appliquées à l'étude de ce que les auteurs nomment « les forums hybrides », qui vise à mieux comprendre comment intégrer les citoyens au cœur des délibérations qui les concernent dans la perspective de « démocratiser » la démocratie représentative.

Le cadre d'analyse des innovations démocratiques de Graham Smith (2009)

Un troisième cadre est celui de Graham Smith (2009), qui s'est intéressé à l'analyse des nouveaux instruments de participation publique qu'il nomme « innovations démocratiques ». Pour Smith, afin de faire avancer les connaissances en matière de participation publique, il est primordial d'élaborer et de mettre en pratique un cadre d'analyse théorique des pratiques institutionnelles démocratiques innovatrices, c'est-à-dire des initiatives de la part d'institutions démocratiques qui contribuent à inclure davantage les citoyens dans les processus de prise de décision, et ce, au-delà des instruments traditionnels comme les consultations et les élections à des conseils d'administration. Dit autrement, l'auteur tente de comprendre comment de nouvelles pratiques institutionnelles démocratiques peuvent transformer la relation entre les citoyens et les autorités politiques. Le cadre d'analyse proposé par l'auteur consiste en une grille d'évaluation fondée sur six « institutionnal goods » que nous traduirons par « principes institutionnels démocratiques » : *inclusiveness* (Inclusion), *considered judgment* (jugement réfléchi), *popular control* (contrôle populaire), *transparency* (transparence), *efficiency* (efficience) et *transferability* (transférabilité). Voici une description synthétique de chacune des dimensions :

- I. Inclusion (*inclusiveness*) : Cette première dimension est basée sur le principe que lorsqu'un groupe social n'est pas présent lors de la prise de décision, les membres de ce groupe sont politiquement exclus, et les décisions prises ne sont pas susceptibles de

répondre pleinement à leurs préoccupations. Ici on questionne qui a le droit de participer, qui participe. Est-ce que l'institution permet la participation de l'ensemble des groupes sociaux? De l'ensemble des communautés? Quelles sont les méthodes de sélection des citoyens, ainsi que les règles et procédures qui favorisent ou non la prise de parole de l'ensemble des participants?

2. Contrôle populaire (popular control) : Cette dimension met l'accent sur le pouvoir que les institutions permettent ou non aux citoyens d'acquérir. Il pose les trois questions suivantes :
 - i. À quel moment du dossier la participation apparaît-elle? (Définition du problème, analyse, élaboration et choix des solutions)
 - ii. Quelle est l'importance des dossiers soumis à la contribution du public?
 - iii. Le produit de la participation aura-t-il un impact réel sur les politiques en place ou sur la législation?
3. Transparence (transparency) : Cette troisième dimension est basée sur la nécessité, selon Smith, pour une institution dite démocratique, de permettre l'examen des institutions par les citoyens. Est-ce que les conditions de participation sont claires pour les citoyens participants? Que feront les institutions avec le fruit du travail des citoyens participants? Est-ce que l'institution permet l'accès aux citoyens à toute l'information nécessaire à l'examen et à l'amélioration de son fonctionnement?
4. Jugement réfléchi (considered judgment) : Cette quatrième dimension s'appuie sur l'idée que pour renforcer le rôle des citoyens dans le processus de prise de décision politique, les attentes envers leur contribution doivent aller au-delà des intérêts privés étroits, ainsi que des connaissances et préjugés préexistants. Leur contribution doit plutôt s'appuyer sur une évaluation éclairée et réfléchie du dossier ou de l'enjeu.
5. Efficacité (efficiency) : Il s'agit de mesurer le coût-bénéfice perçu comme acceptable ou non par les décideurs des institutions. Quel est le coût administratif et financier d'une innovation démocratique? Quelles seraient les coûts anticipés de ne pas mettre en place un mécanisme participatif? Quels ont été les bénéfices engendrés par la mise en place du dispositif de participation publique, autant d'un point de vue institutionnel que sociétal?
6. Transférabilité (transferability) : Cette dimension permet l'analyse des innovations démocratiques dans un contexte donné et questionne la faisabilité et les conditions de transfert des dites innovations dans un autre contexte, dans une autre institution?

2.2.5 Le choix d'un cadre d'analyse dans le cadre de notre recherche

Les trois grilles d'analyse présentées précédemment comportent chacune leur part de forces et de faiblesses, mais à notre avis, elles présentent toutes, dans l'ensemble, de fortes similarités qui les

rendent tous pertinents pour notre recherche. Toutefois, la grille que proposent Forest et coll. (2000), quoi que dotée d'un potentiel très intéressant, ne définit pas les différents critères qu'elle propose, faisant de cette grille un outil inachevé et plus difficilement utilisable. De leur côté, Callon et coll. (2001) proposent un outil dont les contours sont beaucoup mieux définis, mais qui s'applique principalement aux instruments de consultation, mettant de côté la participation des citoyens dans la prise directe de décision, comme c'est le cas des conseils d'administration. La grille proposée par Smith (2009) offre une catégorisation des dimensions de la participation publique qui nous apparaît à la fois plus simple tout en étant bien définie et facile à manipuler. Son outil d'analyse englobe autant les instruments de consultation, mais inclut aussi (et surtout) les instruments où les citoyens sont directement impliqués dans la prise de décision. L'outil de Smith nous apparaît ainsi plus approprié aux besoins de notre recherche.

2.3 Question et hypothèse de recherche

Depuis la grande réforme de 1971 jusqu'à nos jours, l'évolution de la participation publique et de la gouvernance générale du système de santé au Québec est jalonnée par les réformes de la gouvernance qui se sont succédé. Le processus est à peu de chose près le même d'une réforme à l'autre, c'est-à-dire qu'une commission est mise en place, ayant comme mandat de fournir un diagnostic des problèmes et des enjeux au sein du réseau, incluant les enjeux de gouvernance, et à la suite de l'analyse, la commission émet des recommandations que le gouvernement décide ou non d'appliquer. Ce processus de transformation s'appuie forcément sur des normes, des principes, en d'autres mots des critères plus ou moins clairs qui influencent le regard et l'analyse des décideurs dans un premier temps et orientent leurs choix. Les réformes du réseau québécois de santé et de services sociaux nous paraissent donc des moments importants où se définissent les contours de la

gouvernance démocratique du réseau. C'est donc à ces périodes de transformation et d'adaptation de la gouvernance des institutions sociosanitaires que nous nous intéresserons pour analyser leur influence respective sur le développement de la participation publique. Dans le prochain chapitre nous présentons les principales réformes de la gouvernance des institutions de santé au Québec.

Comme nous le mentionnions dans la description de notre problème de recherche, c'est de la perception de l'appareil gouvernementale en regard de la participation publique dont il est question dans notre recherche. Nous avons analysé comment cette perception a évolué d'une réforme à l'autre. En termes de question de recherche, nous posons la question suivante :

Quelles ont été les dimensions de la participation publique évoquées par les élus et commissaires d'enquête lors des principales réformes de la gouvernance au sein du réseau public québécois de santé (1971, 1991, 2001 et 2004)?

Contrairement à ce qu'avaient affirmé Forest et coll. (2000) à propos de la perception généralement négative des gestionnaires du réseau en regard de la participation du public dans la gouvernance du réseau, nous croyions qu'il n'en serait pas de même avec les élus et les acteurs qui ont contribué à l'élaboration des réformes. C'est pourquoi dans cette recherche nous avons eu envie d'analyser la perception des élus, ainsi que celle des acteurs ayant contribué à la réflexion préalable à ces réformes durant les différentes commissions d'enquête (et commission d'étude) que nous présenterons au chapitre suivant. Nous supposons que les acteurs des réformes ont exprimé un certain enthousiasme envers la participation publique selon les époques et les acteurs, et nous nous attendions à ce que les préoccupations des élus s'expriment par une centration sur des enjeux de coûts et de ressources institutionnelles, alors qu'à l'inverse, nous prévoyions découvrir que les enjeux de démocratisation institutionnelle et sociétale auraient été négligés. Comme nous avons choisi le cadre

d'analyse de Graham Smith, nous avons formulé notre hypothèse en puisant dans le cadre conceptuel de Smith, ce qui donne l'hypothèse suivante :

Les choix et le discours des élus et des commissaires d'enquêtes en matière de participation publique au sein des institutions sociosanitaires, lors des principales réformes de la gouvernance du réseau québécois de la santé, témoignent d'une importance accordée à la dimension d' « efficacité » et donc à des préoccupations tournées sur la performance institutionnelle, au détriment des enjeux de démocratisation qui se retrouvent dans les dimensions d' « inclusion », de « contrôle populaire », de « transparence » et de « jugement réfléchi »

La prochaine section de notre thèse aura comme objectif de clarifier les contours conceptuels et théoriques de notre question et de notre hypothèse de recherche.

2.4 Cadre conceptuel

À la section 2.2.5 nous avons présenté trois cadres théoriques de l'analyse de la participation publique et avons expliqué pourquoi le cadre de Graham Smith (2009) était le mieux adapté aux besoins de notre recherche. Graham Smith a élaboré ce cadre théorique dans le but de renforcer l'évaluation d'innovations démocratiques, que nous nommerons dans notre recherche « instruments de participation publique », car nous ne souhaitons pas déclencher un débat à savoir si un instrument ou l'autre peut être considéré ou non comme une innovation démocratique au sens de Graham Smith. En fait, nous savons déjà que Graham Smith considère la plupart des instruments mis en place au Québec (conseil d'administration et consultation) comme des instruments « traditionnels » et non comme des innovations. Le terme « instrument de participation publique » nous apparaît ainsi plus neutre et descriptif.

Smith utilise le concept « institutional goods » que nous traduisons librement par « bénéfiques institutionnels » afin de nommer les six dimensions d'une innovation démocratique. Pour les besoins

de notre recherche, nous utiliserons le terme plus neutre de « dimension » afin de distinguer les différents aspects d'un instrument de participation publique.

En nous intéressant aux dimensions évoquées par les « acteurs », c'est en fait des élus dont il est question ici, car ceux-ci ont ultimement la responsabilité d'adopter les projets de loi constituant la consécration légale d'une réforme. Les « acteurs » incluront aussi les commissaires responsables des différentes commissions d'enquête et d'étude qui ont servi d'inspiration à la formulation des projets de loi. Afin de limiter l'ampleur de notre recherche, nous avons écarté les acteurs de l'appareil administratif, comme les régies régionales, et les instances consultatives comme le Conseil de la santé et du bien-être. Finalement, pour des raisons de cohérence méthodologique, nous avons exclu les groupes de pression comme les fédérations médicales ou les regroupements d'organismes d'action communautaire, ainsi que les associations de professionnels et les experts.

En ce sens, lorsque nous avançons dans notre hypothèse que nous comparerons l'importance accordée par les élus et commissaires d'enquête aux enjeux « d'efficience », nous entendons par là tout ce qui concerne les charges que font peser les instruments de participation publique, à la fois sur les institutions (de temps, financiers et en ressources humaines) et sur les citoyens (participation demandée par les institutions envers les citoyens). Il s'agit précisément de la dimension « d'efficience » (efficiency) de Graham Smith. De la même façon, lorsque nous utilisons les termes « enjeux de démocratisation », nous faisons référence aux quatre dimensions de Smith qui comportent des objectifs explicites de démocratisation (inclusion, contrôle populaire, transparence et jugement réfléchi), ce qui les distingue des deux autres dimensions (efficience et transférabilité) qui font référence à des aspects d'institutionnalisation.

3. Les principales réformes de la gouvernance de la santé au Québec

À la lumière de notre question et hypothèse de recherche, la place de la participation publique au cœur des principales réformes de la gouvernance du système de santé et de services sociaux québécois constitue donc l'objet de notre recherche. C'est pourquoi nous consacrons ici un chapitre complet à présenter ce que la littérature a fourni comme étude en regard de la participation publique dans le contexte des principales réformes de la gouvernance des institutions de santé au Québec.

3.1 Réforme Castonguay - 1971

En 1971, le gouvernement du Parti libéral du Québec (PLQ) de Robert Bourassa fit adopter l'instauration du système public de santé et de services sociaux. Cette réforme s'est appuyée sur les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, qui se sont échelonnés de 1966 à 1972. Le premier président de la commission, M. Claude Castonguay, a quitté son poste de commissaire pour devenir ministre de la Santé sous Robert Bourassa dans le cadre des élections provinciales québécoises de 1970. M. Castonguay fit adopter le Bill 65, instituant ainsi le début de la prise en charge étatique des services de santé et des services sociaux. À cette époque le Québec emboîtait le pas à la Saskatchewan et au gouvernement fédéral pour l'instauration de l'assurance maladie. Nous étions aussi en plein cœur de l'effervescence de la Révolution tranquille, période marquée entre autres par la laïcisation des institutions (Hamel et Bernard, 2006), ainsi que par le développement de nombreuses initiatives communautaires qui a engendré un mouvement populaire de démocratisation des institutions publiques de santé (Lamoureux, 2010). Comme le mentionnaient Bergeron et Gagnon (2003)

Une telle réorganisation de la santé publique fait écho à une approche privilégiée, au cours des années 1960, dans plusieurs pays, développés ou en développement. Cette approche globale, associée à l'ensemble des activités qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population, déborde les frontières de la santé publique traditionnelle. Elle mise sur la

participation populaire dans un système régionalisé et sur la prestation de soins de santé primaire à des populations géographiquement définies. (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 22)

C'est donc sur la base de deux assises fondamentales, soit la décentralisation et la participation de la population, que s'est appuyé le gouvernement libéral pour refondre les structures des institutions de santé (Gauvin et coll., 2009). C'est lors de cette réforme qu'ont été instaurés les comités des usagers et les conseils d'administration d'établissement composés d'usagers et de représentants de la population.

3.2 Réforme Côté - 1991

Turgeon, Anctil et Gauthier (2003) présentent la décennie 1990 comme étant celle des fusions d'établissement. En 1991, les libéraux de Robert Bourassa font adopter le projet de loi 120, qui fut lui-même précédé d'un avant-projet de loi et d'un livre blanc, afin de donner suite à la publication rapport de la Commission Rochon. Ce projet de loi est l'aboutissement d'une réflexion remettant en question des choix étatiques et l'augmentation des coûts des services de santé (Turgeon et coll., 2003). En 1988, le rapport Rochon réitère l'importance de la participation de l'ensemble des acteurs concernés dans l'administration, dont les citoyens et les usagers eux-mêmes, afin de contrer une tendance trop technocratique. Paradoxalement, le jugement des commissaires en regard du rôle de la population au sein des conseils d'administration est sévère : il s'agit d'un échec par le peu d'importance du rôle des citoyens :

Une population qui participe sans décider, voilà un autre constat important. La décentralisation administrative des 15 dernières années n'a pas permis la participation de la population, la prise en charge du milieu par et pour lui-même. Le rôle de la population au sein des conseils d'administration, tant des CRSSS que des établissements, est unanimement jugé de peu d'importance. (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, p. 169)

Nous ne croyons pas trop déformer la pensée des commissaires en affirmant que, pour eux, la participation publique dans la forme donnée par la réforme de 1970 était ni plus ni moins qu'une coquille vide. Il y a donc eu volonté de faire plus de place à la population en 1970, mais en ne lui concédant que très peu de pouvoir.

Selon Hamel et Bernard (2006), cette réforme constitue un renforcement de la participation publique au sein des institutions sociosanitaires québécoises. C'était aussi une période d'expérimentation comme en témoigne la création, en 1991, d'une assemblée régionale de 80 à 150 citoyens élus au suffrage universel sur chacun des territoires de régie régionale. Les assemblées régionales avaient comme mandat d'élire les membres des conseils d'administration des régies régionales et d'approuver les priorités régionales que leur soumettaient les régies régionales. Ces assemblées concrétisaient une volonté de décentralisation en retirant d'énormes pouvoirs du ministère sur les régions (Turgeon et coll., 2003). En juin 1996, le ministre de la Santé et des Services sociaux Jean Rochon (PQ), auteur du rapport Rochon (1988), fait adopter le projet de loi 116, qui met fin aux assemblées régionales (Québec, 1996), entre autres. Nous n'avons toutefois pas retenu la réforme Rochon qui s'est plutôt attardée à opérer des changements « cliniques » avec le virage ambulatoire où tous les efforts ont été mis pour réduire les temps d'hospitalisation.

3.3 Réforme Trudel – 2001

En 2001, le gouvernement du Parti québécois (PQ) de Lucien Bouchard, dont le ministre de la Santé et des Services sociaux est Rémy Trudel, adopte le projet de loi 28, lequel vise à donner suite aux recommandations de la Commission Clair sur le financement et l'organisation des services. En matière de gouvernance le rapport Clair met en relief

L'absence de communication claire entre le MSSS et les régies régionales; la confusion dans l'exercice des responsabilités de planification, d'organisation des services et d'allocation des ressources. Ils dénoncent également le fonctionnement des organisations en silo. Les recommandations de la commission sont à l'origine d'une recentralisation du système qui se manifeste dans le projet de loi 28 ou loi dite de la gouverne de 2001. (Gaumer et Fleury, 2007, p. 12)

Pour Forest et coll. (2003), le projet de loi 28 est en rupture avec la réforme Côté en matière de participation publique :

La Loi sur les services de santé et les services sociaux de juin 2001 vint mettre un terme à l'expérience « citoyenne » de la décennie précédente. Certes, on conservera les conseils d'administration des établissements et, avec eux, le principe d'une représentation directe de la population. Mais le processus de désignation, faisant désormais une large place à la nomination par les autorités régionales, laissait bien voir que l'objectif n'était pas de démocratiser la gestion, mais de renforcer les contrôles. Le rôle des dispensateurs de soins s'est par ailleurs affirmé, notamment au niveau régional, grâce à la multiplication des structures de consultation et de concertation. Quant aux usagers, en dépit d'une présence nominale dans les conseils d'administration des établissements, jamais depuis 1970 leur place dans la gouverne du système n'a été aussi réduite. (Forest et coll. 2003, p. 181)

Toutefois, la réforme Trudel ne constitue pas la fin de la participation publique au niveau régional puisqu'un nouveau mécanisme de participation publique inspiré des assemblées régionales de 1991 voit le jour, il s'agit des *Forums de la population* des régies régionales. Selon Gauvin et coll., ces forums ont été mis en place

Afin de pallier la faible représentation des citoyens, des forums de la population de 15 à 20 membres, nommés par le conseil d'administration, sont alors créés dans chacune des régions. Les forums sont chargés d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population et de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services. (Gauvin et coll. 2009, p. 47)

À ce jour, ces forums n'existent plus qu'en théorie. Leur présence ne se vérifie plus dans la réalité. D'ailleurs, peu d'écrits existent sur ces forums et selon nos recherches, cela s'expliquerait, nous semble-t-il, par le fait que certaines régions seulement ont mis en œuvre ces instruments de

participation publique, comme la Montérégie, mais qu’aujourd’hui plus aucune région n’utilise cet instrument qui est pourtant à la disposition des décideurs du réseau de la santé puisque toujours présente dans la *Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux* suite à la réforme du ministre Gaétan Barrette en 2015. (Québec, 2015). Cette non-utilisation des Forums de la population par les instances régionales s’explique en partie, d’un point de vue légal à tout le moins, par le fait que la Loi de 2001 « obligeait » les régies régionales à mettre en place les Forums de la population et que la Loi de 2015 se limite à « permettre » aux agences régionales de mettre en place un tel forum.

Tableau 2 – Le passage du caractère obligatoire à optionnel de la mise en place des Forums de la population dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Loi de 2001 (Réforme Trudel)	Loi de 2015 (Réforme Barrette)
« 343.1. Est mis sur pied, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, un Forum de la population, dont les activités sont coordonnées par le président-directeur général de la régie régionale. »	« 343.1. Une agence peut mettre sur pied, pour son territoire, un forum de la population, dont les activités sont coordonnées par le président-directeur général [du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)]. »

3.4 Réforme Couillard - 2004

Deux ans après l’adoption du projet de loi 28 et de la publication du rapport Clair, les libéraux reprennent le pouvoir avec Jean Charest à leur tête et Philippe Couillard aux commandes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le problème de l’accès aux soins devient de plus en plus aigu et les partis d’opposition demandent des changements importants.

La réforme Couillard vise formellement à résoudre des problèmes liés à l’accessibilité et à la continuité des services entre les établissements. Pour y arriver, cette réforme poursuit dans la voie de la déconcentration de l’administration centrale en instituant un nouveau palier local plus que jamais clairement défini. C’est ainsi que furent créés 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS),

chacun constitué par la fusion de l'ensemble des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux d'un territoire donné, et en abolissant les régies régionales qui furent remplacées par les agences régionales, donnant ainsi plus de pouvoir administratif aux établissements locaux (Gaumer et Fleury, 2007). Ces fusions à la grandeur du territoire ont considérablement réduit le nombre d'établissements locaux ainsi que le nombre de sièges disponibles pour les citoyens sur les conseils d'administration. En effet, alors qu'en 1988 la Commission Rochon dénombrait 318 établissements locaux (CLSC, CHSLD et CH), la réforme de 2004 les faisait passer à 95 (CSSS).

Toutefois, il est à noter que la participation citoyenne est très présente dans le discours du gouvernement au moment de l'instauration de la réforme Couillard. En effet, la participation citoyenne fait partie intégrante de l'un des principes fondateurs de la réforme, celui de la « responsabilité populationnelle ». En ce sens, le ministère a d'ailleurs produit un document de soutien s'adressant à l'ensemble des acteurs du réseau de la santé, principalement les décideurs et gestionnaires, afin de les soutenir dans leurs éventuelles initiatives de mise en place d'instrument visant la participation des citoyens. Ce document conclut que

La transformation du réseau oblige les instances locales et régionales à consulter la population sur l'organisation des services. Le nouveau mode d'organisation des services basé sur les RLS [Réseaux locaux de services] constitue ainsi une occasion de réfléchir aux méthodes qui assurent la contribution des savoirs citoyens dans la réflexion et la prise de décision concernant l'organisation des services. La loi permet une certaine souplesse quant aux méthodes de participation à mettre en place au regard des besoins locaux et régionaux. La responsabilité des instances locales et régionales concernant la participation citoyenne répond à une façon de faire, déjà implantée dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs, voulant que les citoyens et les acteurs du milieu s'impliquent dans la définition des besoins et des priorités de développement. (Québec, 2006)

Au-delà des grands principes, la réforme Couillard aura apporté du nouveau en matière de participation publique. En effet, en 2005 le gouvernement fait adopter le projet de loi 38 sur

l'instauration du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Le nouveau commissaire a comme mandat d'évaluer la performance du réseau de la santé et des services sociaux dans la prestation de services et d'en informer le ministre, et au besoin d'émettre des recommandations. Il a aussi comme mission de consulter autant les acteurs du réseau, les experts et les citoyens. C'est en ce sens que la loi prévoit que le CSBE sera flanqué du *Forum de consultation*, composé uniquement de citoyens. Cet instrument a comme mandat de « [...] fournir au Commissaire à la santé et au bien-être son point de vue sur diverses questions que ce dernier lui soumet dans le cadre de ses travaux »⁴. Il est composé de 25 membres au total, tous des citoyens, quoique neuf (9) d'entre eux doivent posséder une expertise spécifique et relative au secteur de la santé et des services sociaux. Ceux-ci se rencontrent sur une base régulière (trois à quatre fois par année) lors d'une rencontre d'une durée de deux (2) jours, à laquelle chacun s'est préparé en lisant une documentation, relative au sujet à discuter et qui leur a été préparée par le personnel du CSBE. Le fruit des discussions au Forum est par la suite inclus dans le rapport du commissaire portant sur l'enjeu en question. Depuis le début de l'existence du Forum (2005), les membres ont eu à débattre sur des enjeux liés, entre autres, aux maladies chroniques, à la périnatalité et au dépistage de la trisomie 21.

Abelson, Martin, et Gauvin (2011) ont étudié le fonctionnement du Forum sur une période de trois ans. Durant ces trois années, ils ont observé les rencontres du Forum et interrogé les membres, ainsi que le personnel du bureau du commissaire. Les auteurs ont conclu que

Ce retour sur les trois années d'existence du Forum de consultation nous amène à conclure que, en dépit des difficultés rencontrées, attendues et fréquentes dans ce type d'instance, l'expérience fut jugée très positivement tant par les membres que par le Bureau du

Commissaire. Les membres sont allés y puiser une grande source de satisfaction personnelle et ont pu y acquérir divers types de connaissances qui ont grandement nourri leurs réflexions sur les questions touchant à la santé et aux services sociaux. Quant au bureau du Commissaire, la contribution du Forum s'est définitivement inscrite au cœur de son processus d'appréciation de la performance, si bien qu'il serait maintenant difficile d'envisager une démarche d'évaluation rigoureuse qui n'intègre pas systématiquement des connaissances citoyennes. (Abelson, Martin, et Gauvin, 2011, p. 33)

3.5 Réforme Barrette - 2014⁵

En 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, poursuit les processus de recentralisation et de fusion amorcés au milieu des années 1990 en faisant adopter le projet de loi 10 faisant passer le nombre d'établissements « locaux » de 95 à 28, réduisant d'autant le nombre de sièges réservés aux comités des usagers sur l'ensemble du territoire québécois (Québec, 2015). Il fait disparaître les postes d'administrateur citoyen, tout en intégrant des postes d'administrateur expert (ex. santé sécurité). De plus, en mars 2016, le gouvernement du Québec a annoncé l'abolition imminente du CSBE, mettant ainsi fin à une autre expérimentation en matière de participation publique (Sioui et Daoust-Boisvert, 2016).

⁵ Pour des raisons que nous expliquerons dans le chapitre 4 (Méthodologie), la réforme Barrette n'a pas été retenue pour la constitution de notre corpus de recherche.

4. Méthodologie

4.1 Constitution de notre corpus

D'entrée de jeu, nous avons privilégié l'analyse de contenu de documents gouvernementaux et mis de côté les entrevues de recherche en raison du fait que cette dernière méthode nous apparaissait difficile à utiliser pour des réformes qui datent de vingt-cinq ou même quarante-cinq ans. La facilité d'accès des documents officiels du gouvernement n'a pas été un argument négligeable non plus. Le choix des documents comme sources pour notre collecte de données, nous pensons en particulier aux journaux des débats en commission parlementaire, a comme avantage de reprendre les propos des auteurs tels qu'ils ont été formulés, sans le filtre du temps qui a la fâcheuse habitude de faire oublier ou de déformer la réalité passée.

Comme nous nous intéressons aux réformes à l'échelle du Québec, les documents dont nous avons besoin relèvent du palier législatif provincial. Il ne s'agit donc pas ici d'analyser le fonctionnement des différents instruments de participation publique. Ce sont plutôt les réformes elles-mêmes qui sont analysées. Ce que nous tentons de faire c'est de mettre en lumière les analyses gouvernementales officielles en matière de participation publique et de les comparer d'une époque à l'autre.

Afin de limiter l'ampleur de notre recherche, nous avons limité notre corpus aux documents produits par l'appareil législatif, mettant ainsi de côté un fort potentiel de données qui aurait certainement été pertinent à analyser, celui de l'appareil exécutif, c'est-à-dire les données provenant des instances administratives qui ont à travailler au quotidien avec les instruments de participation publique. Nous puiserons donc nos données dans les principaux documents gouvernementaux ayant servi à l'élaboration de chacune des réformes analysées, incluant les documents produits par les

commissions d'enquête et d'étude qui les ont précédées. Nous avons choisi de ne retenir que les catégories de documents communes à l'ensemble des réformes analysées. Les trois catégories suivantes ont été retenues :

- Rapports de commission d'enquête;
- Projets de loi;
- Travaux des commissions parlementaires responsables de l'étude des projets de loi.

En ce sens, les verbatims des commissions parlementaires comportaient parfois les propos de participants non élus, principalement lorsque les commissions parlementaires tenaient des audiences sur invitation. En aucun temps les propos de ces participants non élus n'ont été colligés; seulement les élus ont fait l'objet de notre collecte de données.

Évidemment, le choix de cibler les propos des élus n'est pas sans conséquence sur nos données, car les interventions des élus ont, sans doute, été teintées à de nombreuses reprises par la partisanerie politique. Il nous semble en effet réaliste de soupçonner que de nombreux commentaires de la part de certains élus membres des partis politiques de l'opposition par exemple, étaient motivés davantage par la volonté de nuire au parti au pouvoir plutôt que de contribuer sincèrement aux délibérations sur la participation publique.

À propos des cinq réformes présentées plus haut, nous avons fait le choix de nous concentrer sur les quatre premières, excluant ainsi la plus récente réforme, celle du ministre libéral M. Gaétan Barrette, parce que cette réforme, quoique largement mise en œuvre, n'était toutefois pas complétée au moment de la constitution de notre corpus de recherche.

Les réformes que nous avons ciblées ont suivi les recommandations de l'une ou l'autre des trois grandes commissions d'enquête en matière de santé et de services sociaux, soit les commissions

Castonguay-Nepveu (1971), Rochon (1988) et Clair (2001). Les travaux de ces commissions d'enquête constituent donc pour nous d'importantes sources de données.

Au centre des réformes, il y a un ou des projets de loi. Ces projets de loi ont suivi le dépôt des rapports de commission et constituent des temps forts dans l'évolution de la gouvernance des institutions de santé. Les voici énumérés par ordre chronologique:

1. Projet de loi 65 sur l'organisation des services de santé et des services sociaux (1971)
2. Projet de loi 120 sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991)
3. Projet de loi 28 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (2001)
4. Projet de loi 25 sur la création des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004)
5. Projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2004)
6. Projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être (2005)

Tableau 3 - Liste complète des documents sources (corpus)

Réformes	Documents sources ⁶
Castonguay 1971	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1971-1) • Projet de loi 65 : Loi sur les services de santé et les services sociaux [chap. 48] (1971-2) • Étude détaillée du projet de loi 65 par la Commission permanente des affaires sociales (1971-3)
Côté 1991	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1991-1) • Projet de loi n° 120 : Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991-2) • Étude détaillée du projet de loi n° 120. Commission des affaires sociales. (1991-3)
Trudel 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes (2001-1) • Projet de loi n°28 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (2001-2) • Étude détaillée du projet de loi 28. Commission des affaires sociales (2001-3)
Couillard 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de loi 83 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2004-1) • Étude détaillée du projet de loi 83. Commission des affaires sociales (2004-2) • Projet de loi 25 – Loi sur la création des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004-3) • Étude détaillée du projet de loi 25. Commission des affaires sociales (2004-4) • Projet de loi 38 qui institue le Commissaire à la santé et au bien-être (2004-5) • Étude détaillée du projet de loi 38. Commission des affaires sociales (2004-6)

⁶ La date et le chiffre précédé d'un tiret entre parenthèses à la fin de chaque notice bibliographique du tableau 5 servent de référence pour la collecte de données.

4.2 Collecte et codification des données

Afin de nous assurer que notre recherche soit reproductible, nous avons conçu une grille afin de systématiser notre collecte des données (tableau 4 à la fin de la présente section). Cette grille est le fruit du croisement de deux sources d'inspiration : 1. l'une concernant le contenu même de la grille qui s'appuie complètement sur le cadre d'analyse des innovations démocratiques de Graham Smith (2009); 2. l'autre sur la méthode de « L'analyse de contenu » que propose Laurence Bardin (2013). La grille, en plus de servir à recueillir les données nécessaires à notre analyse, a tenu lieu d'outil de codification

Nous avons organisé notre codification en trois temps. Tout d'abord, les données recueillies évoquaient l'une ou l'autre des six dimensions des innovations démocratiques élaborées par Graham Smith (2009). Notre catégorisation des données s'appuyait donc sur des catégories prédéterminées. Dans une perspective théorique, cette approche nous a permis d'éprouver le cadre de Smith dans un contexte différent que celui de l'analyse des innovations démocratiques, c'est-à-dire le contexte du processus institutionnel de construction et de déconstruction de ces mêmes innovations démocratiques.

Dans un deuxième temps, nous avons introduit une première règle d'énumération servant à pondérer de façon quantitative chaque donnée recueillie en leur attribuant une valeur (1, 2 ou 3). Cette valeur sert à distinguer l'intensité relative des données collectées. Par exemple, si l'on associe à une donnée X la valeur « 1 », c'est que cette donnée constitue un « argument » ou un « constat » renforçant ou non la dimension de Smith que cette donnée évoque. Si la valeur « 2 » est retenue, c'est que le propos recueilli tient lieu de « recommandation » ou de « proposition » en regard de la consolidation ou de l'affaiblissement de la dimension préalablement déterminée, alors

que la valeur « 3 » témoigne de « l'adoption » d'un instrument ou de mesures contribuant à renforcer ou affaiblir la dimension en question.

Dans un troisième temps, une seconde pondération s'est ajoutée à la codification, qualitative celle-là, qui permet de donner une orientation aux données collectées, c'est-à-dire que chaque donnée s'est vue attribuée une mention « + » ou « - », selon si la donnée contribue de façon favorable « + » ou défavorable « - » au renforcement de l'une ou l'autre des dimensions de Smith.

4.2.1 Quelques défis de notre collecte de données

Pondération qualitative d'orientation

Ici il nous apparaît important de mentionner que la pondération qualitative d'orientation de nos données s'est effectuée dans le respect de l'un de nos objectifs de recherche : mieux comprendre les choix gouvernementaux en matière de participation publique. Il ne s'agit donc pas d'évaluer les instruments de participation publique mis en place au fil des ans, mais bien de cerner l'intention et l'objectif des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique. Lorsque les données relevaient d'une pondération d'intensité « 2 » ou « 3 », c'est-à-dire celles qui contenaient des recommandations, des propositions ou des articles de loi, les objectifs et les intentions étaient relativement clairs et explicites. Il en est autrement des données codifiées « 1 », qui constituent des arguments ou des constats qui sont, pour la plupart, chargés d'intentions ou d'objectifs plus ou moins implicites. Par exemple, une question ou un commentaire d'un député qui remet en question une proposition du gouvernement en faveur de la participation doit-il être codifié selon une pondération d'orientation positive ou négative? Réponse : Lorsqu'une donnée révélant une critique s'appuyant sur une volonté objectivement perceptible et incontestable de renforcer ou d'affaiblir l'une ou l'autre des dimensions de la participation publique, elle fut

codifiée selon une pondération d'orientation positive et vice-versa. Les questions que nous nous sommes posées afin de déterminer la pondération d'orientation « +/- » étaient donc : Quels sont les objectifs et les intentions de l'auteur? Souhaite-t-il un renforcement ou un affaiblissement de la dimension qui fait l'objet de son propos? Si toutefois une donnée soulevait un constat sans que l'orientation de l'intention ou de l'objectif de l'auteur soit objectivement perceptible, nous avons codifié l'orientation sur la base du constat.

Démocratie vs participation publique

Dans le même ordre d'idée, les données portant sur le caractère démocratique ou non des institutions en général n'ont pas été retenues, car elles ne concernent pas explicitement ni même implicitement le champ des instruments de participation publique. Par exemple, une donnée pouvait révéler une volonté d'impliquer le personnel travaillant pour l'institution dans le processus de prise de décision. La démocratisation d'une institution n'est donc pas nécessairement synonyme de participation publique. De même, un argumentaire général en faveur de la démocratisation des institutions ou une prise de position valorisant la participation citoyenne, sans préciser de quelle forme de participation citoyenne il s'agit, fut considéré irrecevable, car il pouvait concerner implicitement la participation du patient à ses soins de santé par exemple, ou la participation de bénévoles dans un CHSLD, ce qui, malgré l'importance de ces deux formes de participation, ne constitue pas de la participation publique. Par contre, un argumentaire général en faveur d'une plus grande place des citoyens dans les processus de prise de décision est une donnée que nous avons considérée et donc collectée aux fins d'analyse.

Contrôle populaire : une dimension fondamentale

Certaines données ne font que témoigner de la position générale de l'auteur en regard de la participation publique. Ce genre de données a été codifié avec la dimension de contrôle populaire. Pourquoi? Un instrument de participation vise d'abord à renforcer le contrôle de la population sur les institutions dont elle est collectivement propriétaire et bénéficiaire. Sans les instruments de participation publique, les citoyens délèguent complètement aux élus le pouvoir d'administrer les institutions publiques.

Toujours à propos de la dimension « contrôle populaire », une autre question est de savoir si une donnée, par exemple une recommandation par une commission d'enquête de créer un nouvel instrument de participation, doit être considérée comme un renforcement de l'inclusion ou du contrôle populaire. En effet, dans la réalité, les deux dimensions semblent également sollicitées par la création d'un instrument de participation publique. Toutefois, si la création d'un nouvel instrument de participation publique ouvre des possibilités nouvelles en matière d'engagement pour les citoyens, que l'on pourrait associer à un renforcement de la dimension d'« inclusion », il nous semble que le simple fait de créer un nouvel instrument témoigne d'abord et avant tout de la formation d'un potentiel de renforcement du contrôle des citoyens sur les institutions. Ce qui nous ramène aux sources de la participation publique où le renforcement du pouvoir des citoyens constitue un élément fondamental de la participation publique. Ce genre de données a donc été codifié selon la dimension « contrôle populaire ».

Les unités d'enregistrement

À propos des unités d'enregistrement, c'est-à-dire le format des segments de texte que nous considérerons comme unité de base pour la collecte des données, celles-ci peuvent être des mots,

des phrases ou des paragraphes. Notre format d'unité d'enregistrement variait selon si le propos était développé sur une phrase, un paragraphe ou même un chapitre ou section. Notre modus operandi a été de noter la ou les phrases, le ou les paragraphes qui nous permettaient de saisir le propos qui illustre l'une des dimensions avec les mêmes pondérations. Cette souplesse nous a évité de retranscrire inutilement une masse de texte qui n'aurait pas apporté plus de données à notre collecte et qui aurait alourdi inutilement notre recherche.

Enfin, les données ont été colligées et codifiées à l'aide du logiciel Excel de la suite Microsoft Office 2013, permettant ainsi une manipulation rapide des données afin de générer des graphiques et d'analyser nos données.

Tableau 4 - Grille de collecte des données

Dimension de Smith	Description des dimensions	Pondération qualitative d'orientation	
		+	-
Inclusion (i ¹ , i ² , i ³)	Qui a le droit de participer, qui participe? Est-ce que la participation de l'ensemble des groupes sociaux et des communautés est favorisée? A-t-on le souci de la représentativité? Les méthodes de sélection des citoyens, les règles et procédures favorisent-ils ou non la prise de parole de l'ensemble des participants?	<ul style="list-style-type: none"> - Caractère inclusif fort, en croissance ou maintenu. - Volonté significative en faveur du caractère inclusif et représentatif. - Mode de sélection des citoyens qui accroît l'inclusion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caractère inclusif faible, absent, en réduction ou ambigu. - Refus ou volonté ambiguë ou absente en faveur du caractère inclusif et représentatif des dispositifs de prise de décision, pouvant aller à une volonté de réduire le caractère inclusif des instruments de participation publique. - Mode de sélection des citoyens restreint l'inclusion.
Contrôle populaire (cp ¹ , cp ² , cp ³)	À quel moment du dossier (définition du problème, analyse, élaboration et choix des solutions) la participation publique apparaît-elle? Quelle est l'importance des dossiers soumis à la contribution du public? Le produit de la participation a-t-il eu un impact réel sur les politiques en place, sur les services ou sur la législation? Quel est le degré de pouvoir des citoyens au sein des instruments? Les citoyens sont-ils majoritaires ou minoritaires au sein des instruments? Quel est le degré de pouvoir des instruments en tant que tel?	<ul style="list-style-type: none"> - La participation intervient en amont des délibérations. - Les enjeux et dossiers soumis sont d'une importance significative. - Le produit de la participation a un impact soit direct, réel ou significatif sur les politiques, les services ou la législation. - L'instrument a lui-même le pouvoir significatif d'influencer les politiques, les services ou la législation. - Il y a délibération et échange entre le public et les détenteurs du pouvoir. - Citoyens majoritaires au sein de l'instrument. 	<ul style="list-style-type: none"> - La participation intervient en aval des délibérations. - Les enjeux et dossiers soumis à la PP sont d'importance secondaire ou négligeables. - Le produit de la participation a un impact soit indirect, faible ou négligeable sur les politiques, les services ou la législation. - Instrumentalisation des participants - L'instrument a lui-même un pouvoir mitigé, faible ou nul d'influencer les politiques, les services ou la législation. - L'information circule à sens unique en mode information du public ou en mode consultation. - Citoyens minoritaires ou à égalité au sein de l'instrument.

<p>Transparence (tp¹, tp², tp³)</p>	<p>Est-ce que les conditions de participation sont claires pour les citoyens participants? Que feront les institutions avec le fruit du travail des citoyens participants? Est-ce que l'institution permet l'accès aux citoyens à toute l'information nécessaire à l'examen et à l'amélioration de son fonctionnement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les citoyens ont un accès à l'information nécessaire à la prise de décision. - Les conditions de leur participation sont claires. - Les citoyens sont informés à l'avance de ce que feront les institutions avec le fruit de leur délibération. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les citoyens ont un accès limité ou nul à l'information nécessaire à la prise de décision. - Les conditions de leur participation sont imprécises ou indéterminées. - Les citoyens ne sont pas informés à l'avance de ce que feront les institutions avec le fruit de leur délibération.
<p>Jugement réfléchi (jr¹, jr², jr³)</p>	<p>Les dispositifs de participation publique favorisent-ils la mise en commun des réflexions individuelles et la production d'une réflexion collective? La structure et le fonctionnement favorisent-ils plutôt l'expression d'intérêts privés, ainsi que de connaissances et de préjugés préexistants?</p>	<p>Favorise la prise de décision fondée sur des intérêts communs et non seulement des intérêts personnels ou de petits groupes.</p>	<p>Favorise peu ou pas la prise de décision fondée sur des intérêts communs. Il favorise plutôt l'expression des intérêts personnels ou de petits groupes.</p>
<p>Efficience (e¹, e², e³)</p>	<p>Quel est le coût administratif, financier et en ressources humaines? Quels seraient les coûts anticipés de ne pas mettre en place un mécanisme participatif? Quels ont été les bénéfices engendrés par la mise en place du dispositif de participation publique, autant d'un point de vue institutionnel que sociétal? Quelle charge fait peser l'instrument sur les citoyens? L'instrument est-il efficace?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les bénéfices engendrés par les dispositifs de participation publique dépassent les coûts. - L'institution se préoccupe d'investir pour accroître l'efficacité de l'instrument. - Perçu comme étant efficace ou recherche plus d'efficacité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les coûts engendrés par les dispositifs de participation publique dépassent les bénéfices. - L'institution ne se préoccupe ou peu d'investir pour accroître l'efficacité de l'instrument. - Perçu ou analysé comme étant inefficace.
<p>Transférabilité (tf¹, tf², tf³)</p>	<p>Cette dimension permet l'analyse des innovations démocratiques dans un contexte donné et questionne la faisabilité et les conditions de transfert des dites innovations dans un autre contexte, dans une autre institution.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté existante de transférer le tout ou une partie d'un dispositif de participation publique; - Le dispositif est jugé transférable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune volonté de transférer le tout ou une partie d'un dispositif de participation publique. - Le dispositif est jugé non transférable.

5. Analyse des données

Les deux principaux objectifs de notre recherche sont d'analyser la participation publique dans une perspective institutionnelle et de mettre en évidence le cheminement historique de la participation publique dans le réseau québécois de la santé, et ce, en analysant les choix et le discours gouvernemental en matière de participation publique au cours des principales réformes de la gouvernance dans le secteur de la santé.

Pour atteindre ces objectifs et pour structurer notre travail d'analyse, nous aborderons chacune des réformes en faisant ressortir les dimensions de la participation publique qui ont dominé les débats sur la participation publique, la place de l'efficacité et les principaux enjeux soulevés. Au fur et à mesure que nous progresserons nous les comparerons les unes aux autres.

5.1 Réforme Castonguay (1971)

5.1.1 Présentation des données

La réforme Castonguay marque le début de la réflexion sur la participation des citoyens dans l'administration des institutions de santé. Décentralisation et participation de la population constituent les bases de cette réforme qui a marqué profondément l'organisation du réseau de la santé.

Les enjeux dominants en matière de participation publique

D'abord, observons quelles sont les dimensions qui ont suscité le plus et le moins de données durant la réforme de 1971. La figure 1 ci-dessous nous montre que le « contrôle populaire » domine largement quant au nombre total des données.

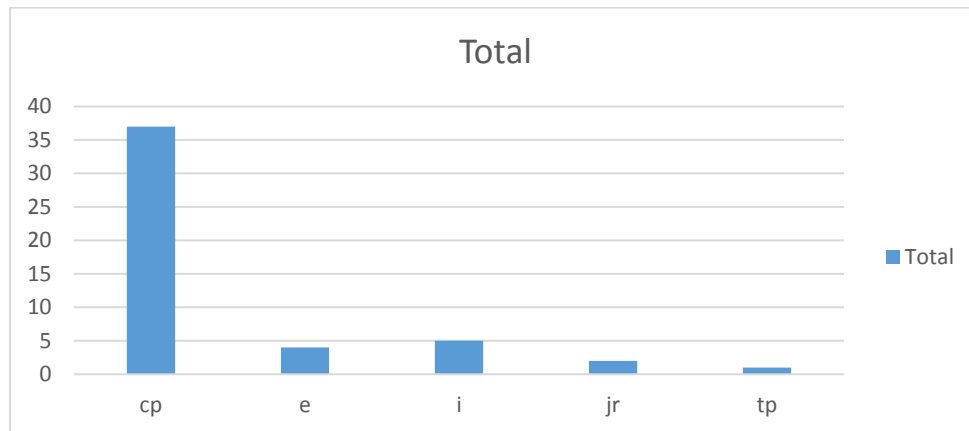


Figure 1 - Somme du nombre de donnée triée par dimension de Smith (1971).

Les deux figures suivantes nous permettent de constater que les données relatives au contrôle populaire lors de la réforme Castonguay ont une orientation généralement positive (figure 2).

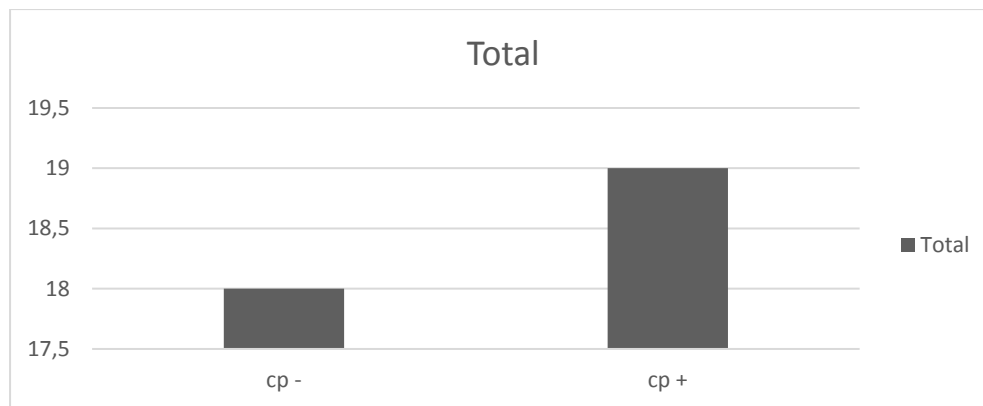


Figure 2 – Somme du nombre de données codifiées selon la dimension « contrôle populaire » triée selon la pondération d'orientation (+/-) (1971).

Toutefois, lorsque l'on ventile les données d'orientation « +/- » en fonction des trois niveaux de pondération d'intensité (figure 3), on s'aperçoit que les données positives, c'est-à-dire celle contribuant au renforcement de la dimension « contrôle populaire », sont principalement des données de type « argumentaire ou constat » (pondération d'intensité « 1 »). À l'inverse, les données de type « recommandation » ou « proposition » (pondération d'intensité « 2 ») et celles

de type « adoption » ou « réalisation » (pondération d'intensité « 3 ») sont dominées par une pondération d'orientation « négative ».

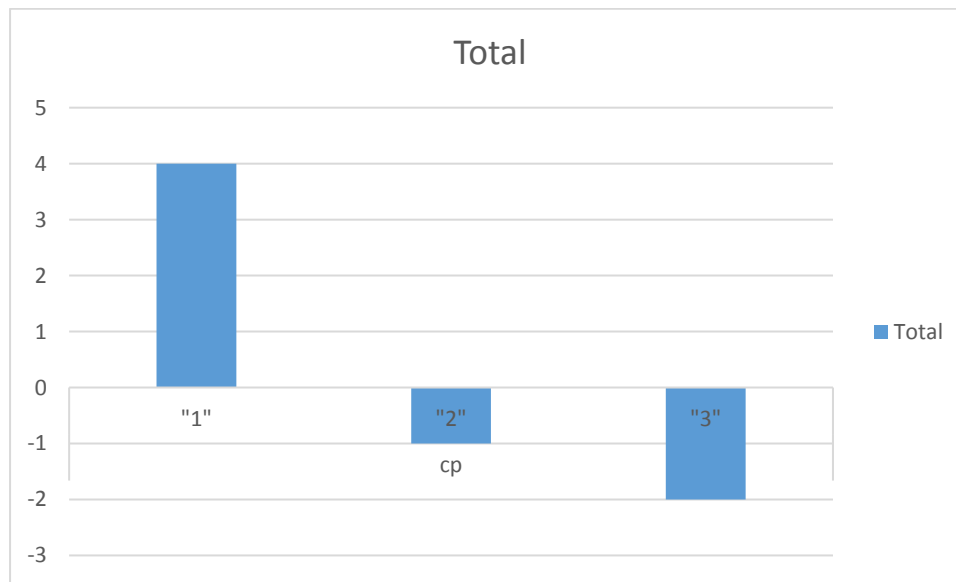


Figure 3 - Somme de la pondération d'orientation codifiée selon la dimension « contrôle populaire », triée en fonction de la pondération d'intensité relative (1971).

La citation qui suit, tirée du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, propose un exemple type d'une donnée codifiée selon la dimension « contrôle populaire », d'intensité « 1 » et d'orientation « + » :

Il existe au moins trois techniques différentes pour mettre la population en contact avec les programmes et les mesures de développement : l'animer afin de l'aider à prendre conscience du développement; la consulter afin de lui permettre certaines options plus conformes à ses besoins; enfin, la faire participer pour lui laisser le choix des moyens d'atteindre son développement. On utilise ces techniques au niveau des faits, des valeurs et des attitudes; elles sont destinées à rapprocher le gouvernement des citoyens afin que les politiques ne soient pas soumises à la seule influence des groupes de pression. Elles ne peuvent se situer au niveau des théories et des doctrines. Il est naturel de reprocher aux producteurs d'imposer des valeurs discutables à la société. Le même reproche peut s'adresser à tous les pouvoirs qui utilisent un procédé analogue. Le développement, faut-il le rappeler, doit fournir aux membres de la société un certain nombre d'options et de moyens

qui favorisent leur épanouissement d'après leur propre échelle de valeurs. Il ne doit pas être l'occasion d'imposer des valeurs qui remplaceraient celles de la société actuelle. Toutefois, de nouvelles valeurs se dégageront peut-être des libres choix du gouvernement et de la population en matière de développement. Ces différentes techniques se situent sur le plan politique parce qu'elles doivent rapprocher le gouvernement des citoyens. À l'heure actuelle, elles sont très controversées, mais il n'appartient pas à une Commission comme la nôtre de trancher les débats théoriques que peut soulever leur application. Soulignons que ces techniques doivent respecter les exigences fondamentales du développement humain. Elles ne peuvent alors servir à propager telle ou telle théorie ou doctrine, mais uniquement à aider le citoyen à réaliser son développement dans la société actuelle. En d'autres termes, elles ne peuvent être des fins, mais uniquement des moyens en vue d'atteindre des objectifs clairement identifiés. (1971-1, v3t2, p. 211)

Maintenant, voici une citation qui illustre les données de la dimension « contrôle populaire » d'intensité « 2 » et d'orientation négative « - ». Il s'agit d'une recommandation provenant du rapport de la commission Castonguay-Nepveu, qui vise la création d'un instrument de participation publique au sein duquel les citoyens sont minoritaires (3 citoyens sur 15 postes d'administrateur), ce qui explique la pondération négative :

Recommandation 6.VI.85.: Que soit créé un conseil des services sociaux comprenant, à titre d'exemple, trois (3) délégués des conseils régionaux des services sociaux (CRSS), deux (2) personnalités éminentes des sciences sociales, désignées par le Conseil des universités, quatre (4) délégués des syndicats, trois (3) délégués des comités de citoyens et trois (3) délégués des associations d'éducation des adultes. (1971-1 v6t2, p. 452)

La place de l'efficience et du souci de démocratisation

Tout comme l'ensemble des dimensions de Smith autre que celle du contrôle populaire, l'efficience tient une place quasi marginale dans les données recueillies (revoir la figure 1 plus haut). Comme la figure 4 ci-dessous le démontre, les données d'efficience sont entièrement d'orientation positive.

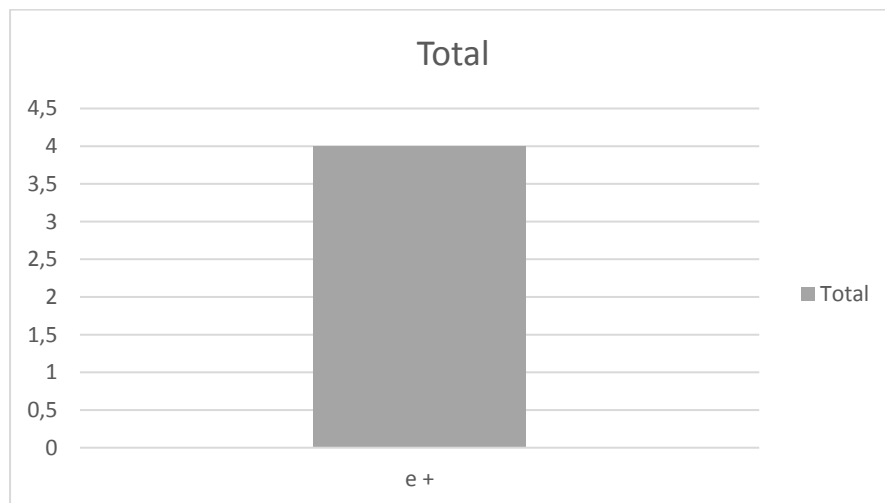


Figure 4- Somme du nombre de données codifiées selon la dimension « efficacité », triées selon la pondération d'orientation (+/-) (1971).

Voici un exemple de données codifiées selon la dimension d'efficacité et une pondération d'intensité « 2 » :

L'attitude des administrateurs est d'une importance primordiale en ce qui concerne la participation de la population. Les dirigeants politiques doivent être conscients de ce problème. Dans le cadre d'une formation générale, on devra donc élaborer des programmes spéciaux afin de préparer agents et administrateurs de tout rang à comprendre les facteurs personnels et institutionnels qui influent sur la participation de la population. Ils deviendront ainsi de véritables agents de relations humaines. (1971-1 v3t2, p. 210)

Nous avons aussi constaté à propos des données « d'efficacité » de la réforme de 1971, que celles-ci sont réparties également entre les pondérations d'intensité « 1 » et « 2 » (figure 5), ce qui signifie qu'aucune donnée d'efficacité n'a été l'objet d'une mesure adoptée (intensité « 3 ») par le gouvernement.

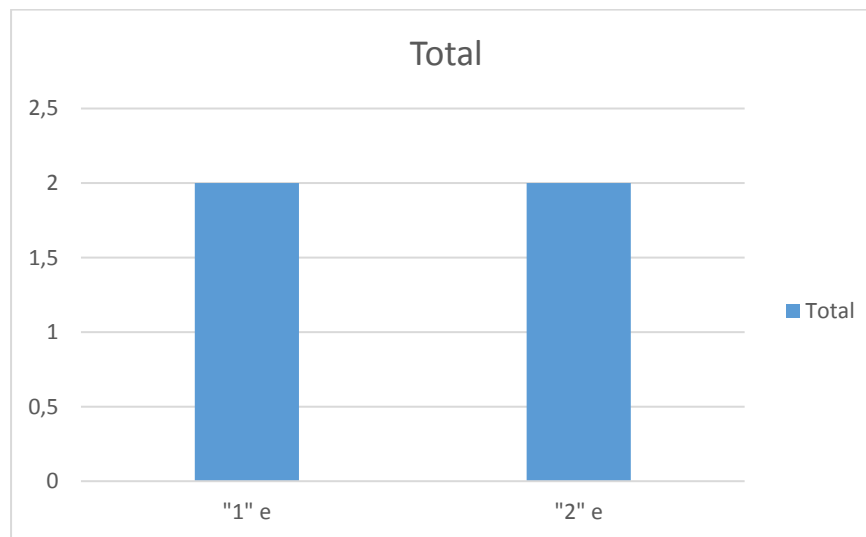


Figure 5 - Sommes de la pondération d'orientation des données codifiées selon la dimension d'efficacité, triée en fonction de la pondération d'intensité relative « 1, 2 & 3 » (1971).

5.1.2 Analyse des données

La présentation des données collectées lors de la réforme Castonguay démontre la faible présence de la dimension d' « efficacité » auprès des élus et commissaires d'enquête. Nous vous proposons dans cette section, quelques pistes d'explication en explorant un peu plus en détail la place de la participation publique au cœur de la réforme de 1971.

Tout d'abord, comment interpréter la place dominante de la dimension « contrôle populaire »? Une explication possible concerne le caractère nouveau de la participation publique. En ce sens, le « pourquoi » du renforcement du pouvoir des citoyens dans les processus de prise de décision est central, reléguant ainsi le « comment » à un niveau d'importance secondaire. En d'autres mots, la question centrale était : Doit-on inclure ou non des mécanismes de participation publique au sein des institutions de santé? Comme nous l'avons expliqué dans notre méthodologie, ce genre de questionnement fondamental sur la place ou non d'instruments de participation publique, révèle

d'abord une interrogation sur le degré de pouvoir que les élus souhaitent accorder aux citoyens, donc de la dimension « contrôle populaire ».

En observant la figure 6, on constate qu'en matière de contrôle populaire, il y a deux fois plus de données de type argumentaire « 1 » positives que négatives. Cette particularité nous semble bien illustrer un « acte de foi » généralisé envers la participation publique en tant que principe fondamental du tout nouveau système public québécois de santé.

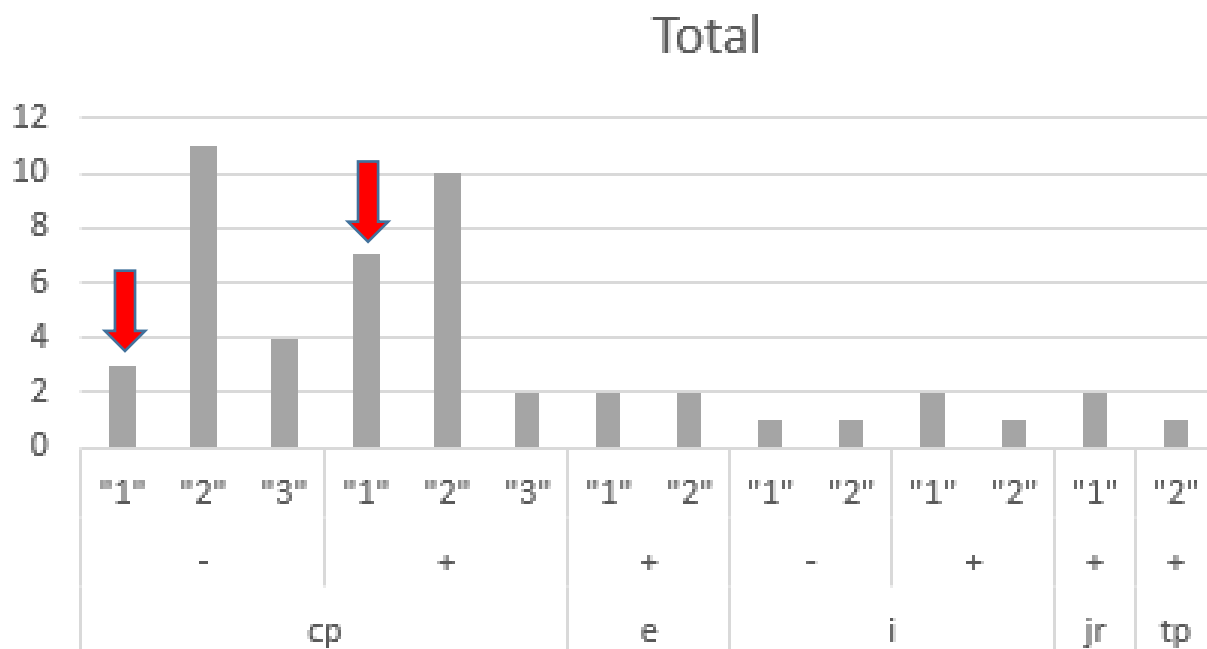


Figure 6 - Somme du nombre de données triées selon les combinaisons de codification possible (1971).

Le fait qu'une majorité de recommandations « 2 » soit pondérée négativement peut alors sembler un paradoxe, mais il n'en est rien, car la plupart des recommandations proposant la création d'un instrument de participation publique plaçaient les citoyens en position minoritaire au sein de ces instruments, ce qui explique la pondération d'orientation négative. Il est quand même important de mentionner que, ne partant de rien en matière de participation publique, malgré

ce que peuvent refléter nos données, la réforme Castonguay constitue malgré tout un gain net en matière de participation publique.

Lorsqu'on lit l'ensemble des recommandations « 2 » et des mesures adoptées « 3 », on constate l'absence de diversité des instruments constitués uniquement de conseils d'administration d'établissements locaux. Deux explications nous semblent possibles. La première concerne une certaine absence de prise de conscience de l'importance même de la diversité et de la multiplicité des instruments afin d'atteindre une large gamme des objectifs de la participation publique. Cette prise de conscience ayant émergé davantage dans les années 1980-90. La seconde explication pourrait être complémentaire à la première, en ce sens que le modèle d'instrument de type « conseil d'administration », que Smith qualifie de « traditionnel » apparaît comme la reproduction de ce que les élus et les commissaires connaissent probablement fort bien, c'est-à-dire un modèle de gouvernance inspiré des entreprises privées et des organismes à but non lucratif.

D'ailleurs, à la lecture du rapport de la commission d'enquête et de l'étude détaillée du projet de loi 65, on constate la forte influence du mouvement communautaire qui est alors en pleine expansion. L'influence du « modèle communautaire » de gouvernance était aussi visible par rapport au mode de sélection des administrateurs-citoyens. En effet, les citoyens élus sur les conseils d'administration des établissements étaient élus par une assemblée formée de citoyens qui devait démontrer qu'ils ont bel et bien reçu des services de l'établissement. Nous pourrions dire que l'élection se fait sous le principe de « l'utilisateur-voteur », ce qui est exactement le modèle des organismes communautaires autonomes.

On constate que la dimension de « l'inclusion » fut très peu développée. La représentation en fut l'enjeu unique, mais n'a fait l'objet d'aucune mesure adoptée officiellement, tout comme les dimensions de la transparence et du jugement réfléchi.

En aucun temps, il n'a été question des coûts liés aux nouveaux instruments proposés par la commission ou par le gouvernement. Quelques données tout au plus abordaient la question des ressources humaines sous l'angle de la formation des fonctionnaires pour les sensibiliser à l'administration des instruments de participation publique, mais ces quelques éléments n'ont pas franchi le degré d'intensité de la recommandation « 2 ». Nous croyons qu'une piste d'explication de ce constat se trouve dans le degré d'engagement du gouvernement envers la participation publique que représentent les conseils d'administration en tant qu'instrument de participation publique. En effet, il semble évident que citoyen ou pas au sein des conseils d'administration d'établissement, ces derniers auraient de toute façon été créés. Ajouter quelques postes d'administrateur-citoyen ne nous semble donc pas constituer un engagement convaincant de la part du gouvernement et des établissements et conséquemment, il nous semble compréhensible que le développement d'indicateurs de mesures d'efficacité et d'efficience n'apparaisse pas comme une nécessité aux yeux des élus.

5.2 Réforme Côté (1991)

La réforme Côté est l'aboutissement de six années de réflexions sur l'état du réseau de la santé qui se sont amorcées en 1985 avec la création de la Commission Rochon. Le jugement de la Commission Rochon en regard du rôle de la population au sein des conseils d'administration était sévère, il s'agissait d'un échec compte tenu de l'absence relative de pouvoir des citoyens. C'est

dans ce contexte que le projet de loi 120 fut adopté, marquant ainsi le point de départ de 4 années d'expérimentation des assemblées régionales et le renforcement de la place des comités d'usagers.

5.2.1 Présentation des données

Voyons d'abord à quoi ressemble le portrait général des données récoltées en regard de la réforme Côté triées selon les dimensions de Smith (figure 7). Nous avons ajouté les données provenant de la réforme précédente à titre indicatif de comparaison.

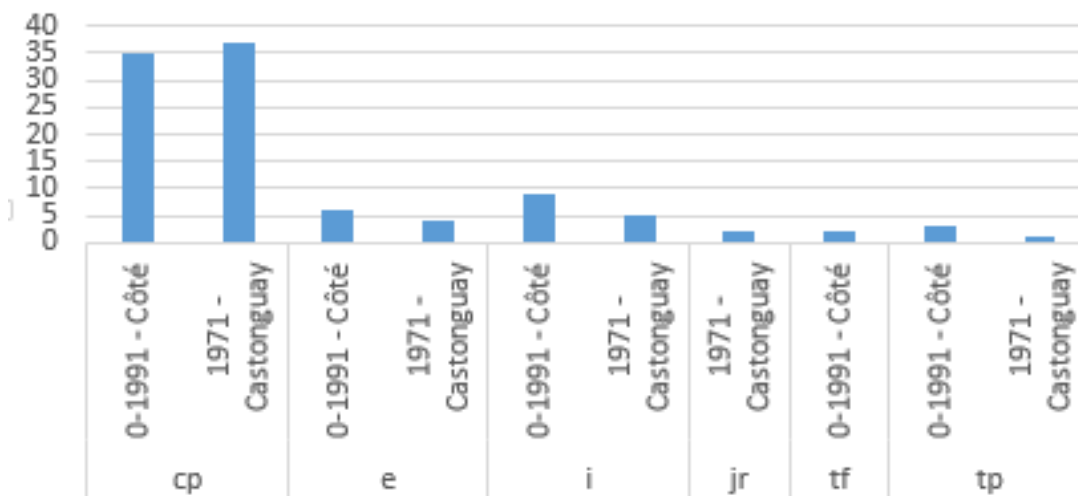


Figure 7- Somme du nombre de données triées selon les dimensions de Smith (1971 & 1991).

Tout comme pour la réforme Castonguay, les données codifiées « contrôle populaire » surpassent considérablement l'ensemble des autres dimensions de données. La figure 8 nous montre que la répartition des données, relatives à la dimension « contrôle populaire », ventilées selon la pondération d'orientation ressemble à celle de la réforme de 1971, c'est-à-dire qu'il y a autant sinon un peu moins de données d'orientation négative que positive.

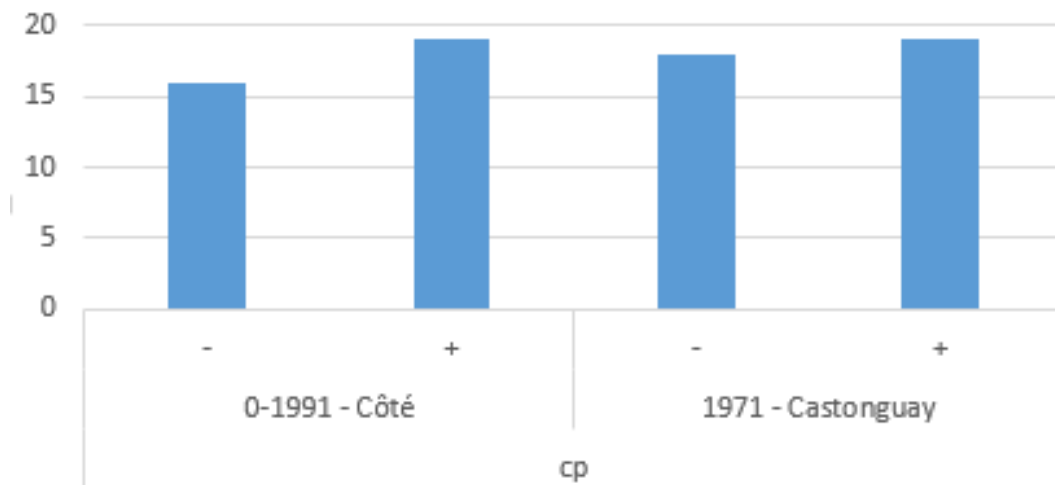


Figure 8 – Somme du nombre de données codifiées selon la dimension « contrôle populaire » et triées selon la pondération d'orientation "+/-" (1971 & 1991).

C'est lorsque l'on observe la répartition de ces mêmes données selon la pondération d'intensité relative (figure 9) que l'on voit émerger des tendances différentes entre les deux premières réformes analysées. Tout d'abord, on remarque une augmentation significative du nombre de données pondérées selon l'intensité relative « 3 », signifiant que davantage de mesures ont été adoptées durant la réforme de 1991 que lors de la réforme de 1971. Ce résultat vient renforcer ce que nous savions déjà, c'est-à-dire que la réforme Côté fut très riche en nouvelles mesures en matière de participation publique. Par contre, on remarque qu'il y a maintien de la proportion des mesures « - / + » en regard des données pondérées d'intensité « 3 ». En d'autres mots, la part des mesures adoptées qui viennent affaiblir le « contrôle populaire » est restée deux fois supérieure aux mesures venant renforcer le « contrôle populaire ».

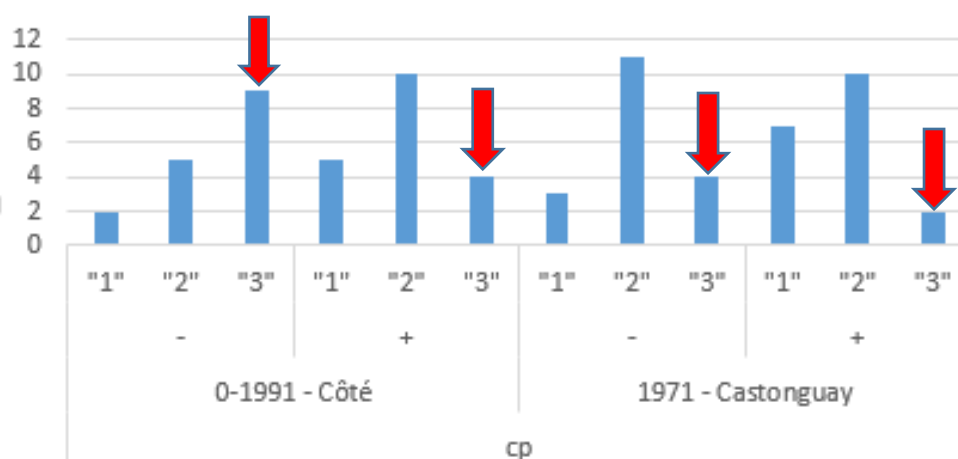


Figure 9 - Somme de la pondération d'orientation des données codifiées selon la dimension « contrôle populaire », triées en fonction de la pondération d'intensité relative « +/- » (1971 et 1991).

Nous avons voulu comparer les deux premières réformes en ce qui a trait à leur performance si on fait la somme des « + » et des « - » ce qui nous permet d'avoir un portrait d'ensemble de l'orientation des deux réformes en regard de leur tendance à renforcer ou à affaiblir la participation publique. En observant la figure 10, on constate que les données codifiées selon la pondération d'intensité « 1 » et « 2 », donc les données d'argumentaires et de recommandations, sont généralement positives, alors que les données d'intensité « 3 » sont globalement négative traduisant un bilan plutôt mitigé des deux réformes, malgré une augmentation significative du nombre de données d'intensité « 3 », ce qui reflète une augmentation du nombre de mesures adoptées qui concerne la participation publique.

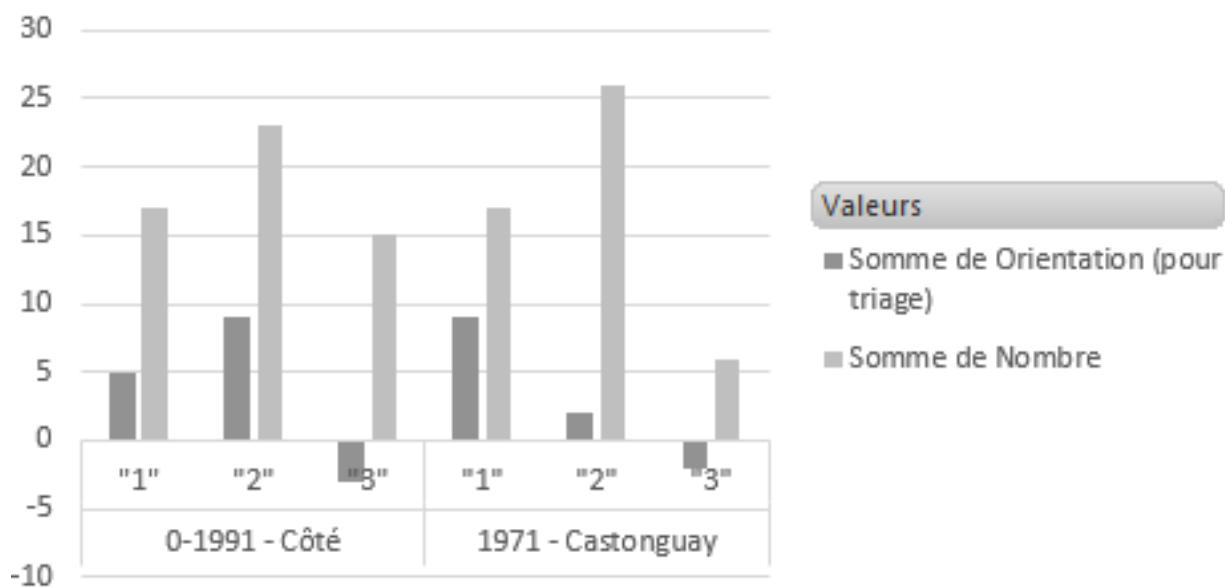


Figure 10 - Somme du nombre de données et de la pondération d'orientation « +/- », triée selon la pondération d'intensité relative (1971 & 1991)

À propos des données de la dimension « d'efficience », tout comme lors de la réforme Castonguay, cette dimension de la participation publique occupe une place secondaire dans les préoccupations des élus. La figure 11 nous démontre que le nombre de données a légèrement augmenté, mais cette augmentation ne se traduit pas en mesures adoptées (données d'intensité

« 3 »), au contraire, l'augmentation des données d'efficacité est uniquement le fait des données d'intensité « 1 ».

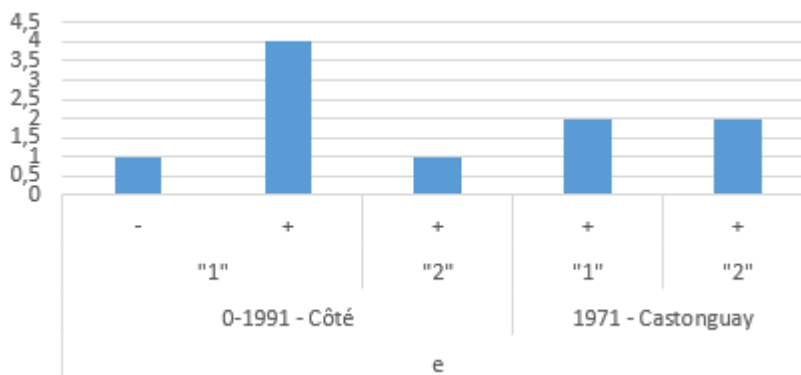


Figure 11 - Somme de la pondération d'orientation des données codifiées selon la dimension « d'efficacité », triées selon la pondération d'intensité relative « +/- » (1971 & 1991)

5.2.2 Analyse des données

La place de la dimension d'efficacité

À l'image de la réforme précédente, l'analyse des données de la réforme Côté démontre la présence marginale des données codifiées « efficacité » qui traduit le faible intérêt des élus pour cet aspect (revoir la figure 7). Pourtant, les acteurs de la réforme Côté ont eu la chance de pouvoir s'appuyer sur presque vingt ans d'expérimentation de la participation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements locaux de santé. Nous nous serions attendus à un plus grand nombre de données orientées sur l'efficacité et l'efficacité des instruments en place. En ce sens, la donnée suivante illustre le niveau d'analyse de la Commission Rochon en matière de participation publique :

Au cours de ses consultations et de ses travaux de recherche, la Commission a constaté que le modèle de participation des usagers au conseil d'administration des établissements n'a

eu qu'une faible incidence sur la capacité d'adaptation du réseau aux besoins de la population. Sans nier certaines retombées de ce mécanisme de participation, comme la mobilisation de la population autour des CLSC, la résistance de certains établissements dont on voulait changer la vocation, la conscience accrue chez les représentants des usagers des pouvoirs qu'ils peuvent exercer, force est de constater que la participation des usagers a trompé les espoirs de ses concepteurs. En fait, en matière de services de santé et de services sociaux, la véritable participation de la communauté s'est développée à la périphérie du réseau, dans les organismes communautaires et bénévoles. (1991-1_Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 424.)

Ce constat d'échec aurait pu soutenir une démarche diagnostique pour tenter de comprendre les causes de l'échec de la participation des usagers au sein des conseils d'administration, mais il n'en a pas été ainsi. En ce sens, une analyse des enjeux de la participation publique par la commission Rochon aurait pu nourrir les débats des élus lors de l'étude détaillée du projet de loi 120. Pourtant, comme nous le verrons plus loin, les commissaires de la Commission Rochon avaient commandé une étude auprès de Jacques T. Godbout (1987) qui proposait des mesures pour renforcer la place des usagers au sein des conseils d'administration. Ces propositions n'ont toutefois pas été reprises dans le rapport final de la commission Rochon.

La création des régies régionales est une bonne illustration de la tiédeur de la réforme Côté en matière de participation publique. En effet, les régies régionales ont été pensées pour être gouvernées par des conseils d'administration composés de sièges réservés à des élus des établissements locaux, ce qui « peut » inclure des citoyens, mais pas nécessairement, car les établissements peuvent être représentés par des citoyens, des usagers ou des professionnels siégeant sur les conseils des établissements locaux.

La Transparence : un constat, sans solution.

En matière de transparence, le rapport Rochon abordait aussi la question de l'accès à l'information par les représentants de la population en ces termes :

En somme, le nombre restreint d'usagers au sein des conseils d'administration tend à les marginaliser. Leur manque d'information et leur mode actuel de nomination les empêchent de jouer leur véritable rôle de représentants de la population. (1991-1_Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 425.)

Cette citation constituait la seule donnée concernant la question de la transparence envers les citoyens participants. Le Rapport Rochon s'en est tenu au constat de la faiblesse de la transparence des institutions envers les administrateurs-citoyens, mais n'a émis aucune recommandation pour corriger ce défaut majeur. Il n'est donc pas étonnant que les élus n'aient pas tenu compte de cet aspect dans l'étude détaillée du projet de loi 120.

Un bilan mitigé en matière d'inclusion

Le rapport Rochon proposait implicitement d'abandonner la participation publique au niveau local au profit d'un renforcement au niveau régional, ce qui aurait constitué un déplacement de participation du local vers le régional. Le projet de loi 120 n'est pas allé dans ce sens et a plutôt renforcé la dimension d' « inclusion » sur les conseils d'administration des établissements locaux en introduisant le suffrage universel comme méthode de sélection remplaçant ainsi les assemblées d'usagers comme lieu de désignation des représentants de la population. Ceci engendre toutefois un tout autre débat sur les taux anémiques de participation aux élections des établissements qui constituaient à l'époque un enjeu majeur de ce type d'instrument de participation publique qui sera discuté lors des deux prochaines réformes. De plus, le décloisonnement de la participation publique du niveau local vers le niveau régional comme le propose timidement le Rapport Rochon

vient remettre en question le fait que « participation publique » et « décentralisation » vont nécessairement de pair. Nous verrons plus loin au cours de la réforme Couillard que cette tendance s'est vue confirmée par l'ajout d'un instrument de participation publique au niveau national.

Pour compléter ici la question de la place de la dimension d'inclusion, nous avons pu constater que le rapport Rochon a introduit l'idée d'un « profil recherché de citoyen » afin de renforcer leur contribution au sein des conseils d'administration. Le rapport proposait que les personnes qui siègent sur les conseils aient des connaissances en administration.

Le processus électoral [élection des membres du conseil d'administration d'éventuelles régies régionales] devrait désigner ceux et celles qui ont fait preuve d'une participation active dans les organismes socio-économiques, d'un intérêt pour les besoins sociaux et les problèmes de santé ainsi que d'une connaissance de l'administration. (1991-1_Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 499)

Cette demande semble au premier coup d'œil légitime, étant donné que l'implication de la personne se fera justement au sein d'un conseil d'administration, mais cette demande constitue un recul en matière d'inclusion, car elle réduit considérablement le bassin de candidature potentiel en ajoutant un obstacle supplémentaire entre les citoyens et les postes d'administrateur disponibles. La réforme Côté représente donc le début du phénomène de la « professionnalisation des participants », phénomène qui s'est accentué au cours des réformes Trudel et Couillard.

Faiblesse et stagnation de la dimension du contrôle populaire

Comme nous venons de l'indiquer, la réforme Côté a contribué à ouvrir des espaces de participation publique qui n'existaient pas depuis la réforme de 1971. En ce sens, il y a eu progression de la participation publique de 1971 à 1991. Par contre, la ventilation des données de contrôle populaire (Figure 9), tendent à démontrer qu'il y aurait eu stagnation du pouvoir des

citoyens au sein des instruments de participation publique qui est demeuré, somme toute, faible. En regardant les données une à une, on constate que plusieurs d'entre elles concernent la composition des conseils d'administration. Dans tous les cas, les citoyens demeurent minoritaires au sein de ces conseils. D'autres données concernent les comités des usagers. Les données générales concernant la mise sur pied de ces comités étaient codifiées positivement. Les principales fonctions des comités sont de renseigner, promouvoir les intérêts, défendre et accompagner les usagers. Toutefois, selon les dimensions de Graham Smith, les comités d'usagers ainsi définis ne possèdent pas un pouvoir significatif d'influencer les politiques, les services ou les législations, ce qui nous a amené à pondérer négativement plusieurs données concernant ces comités. Il en a été de même pour les assemblées régionales dont les pouvoirs se limitent à « approuver » les priorités régionales et les rapports annuels d'activités des régies régionales, en plus de ne laisser qu'un espace minoritaire pour les citoyens.

5.3 Réforme Trudel (2001)

5.3.1 Présentation des données

La réforme Trudel arrive au bout de la décennie 1990 qui fut celle où les expérimentations furent les plus nombreuses en matière de participation publique. Elle arrive quelques mois à peine après le début d'une commission d'étude expéditive sur l'état du réseau de la santé et dont le débat en commission parlementaire du projet de loi 28 (projet de loi phare de la réforme) fut bâclé en 45 minutes, alors que les études détaillées des deux autres projets de loi s'étalaient sur des semaines. Cela explique en partie le fait que la réforme Trudel est celle qui nous a fourni le moins de

données.⁷ La présente réforme est aussi réputée, selon Forest et coll. (2003), pour avoir mis un terme aux expériences citoyennes des années 1990.

Les enjeux dominants en matière de participation publique

Comme le démontre la figure 12, le contrôle populaire demeure la dimension prépondérante tout comme lors des deux autres réformes précédentes. On remarque immédiatement l'absence complète des données relative à l'efficacité.



Figure 12 - Somme du nombre de données triées selon les dimensions de Smith (2001).

La présence dominante des données de contrôle populaire s'explique par le fait que nous avons fait le choix d'attribuer cette dimension aux données générales qui concernent un ou des instruments de participation publique. Voici un exemple typique des données de « contrôle populaire » que nous retrouvons dans les documents de la réforme Trudel :

Le caractère démocratique est assuré par la présence de citoyens dans la gouverne des établissements et des régies régionales. Il se concrétise par le rôle des conseils

⁷ Il est intéressant de constater que d'une réforme à l'autre la durée des processus d'enquête avant l'adoption d'une réforme décroît dramatiquement d'une réforme à l'autre :

- Commission Castonguay-Nepveu: 1966-1972 (7 ans)
- Commission Rochon: 1985-1988 (4 ans)
- Commission Clair: 2000-2001 (moins de 1 ans)

d'administration, auxquels participent les citoyens, dans des comités consultatifs où la population est conviée à exprimer ses besoins, ses attentes et sa satisfaction à l'égard des services. Ces structures de participation doivent favoriser autant les compétences administratives et professionnelles que communautaires. Ce qui est valorisé ici, c'est l'engagement du citoyen. (2001-1_Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 203)

Nous attirons votre attention sur la répartition des données codifiées « contrôle populaire » et leur orientation générale « +/- » selon les trois niveaux d'intensité relative (figure 13). On remarque d'abord que les données de type argumentaire « 1 » sont généralement positives, comparativement aux données d'intensité « 2 » et « 3 » qui sont globalement négatives. À propos des données de type argumentaires, leur orientation positive est surtout le fait des nombreuses interventions du parti de l'opposition (PLQ) qui martelait, lors des audiences publiques sur le projet de loi 28 et lors de l'étude détaillée, l'importance de maintenir, voire renforcer les instruments de participation publique.

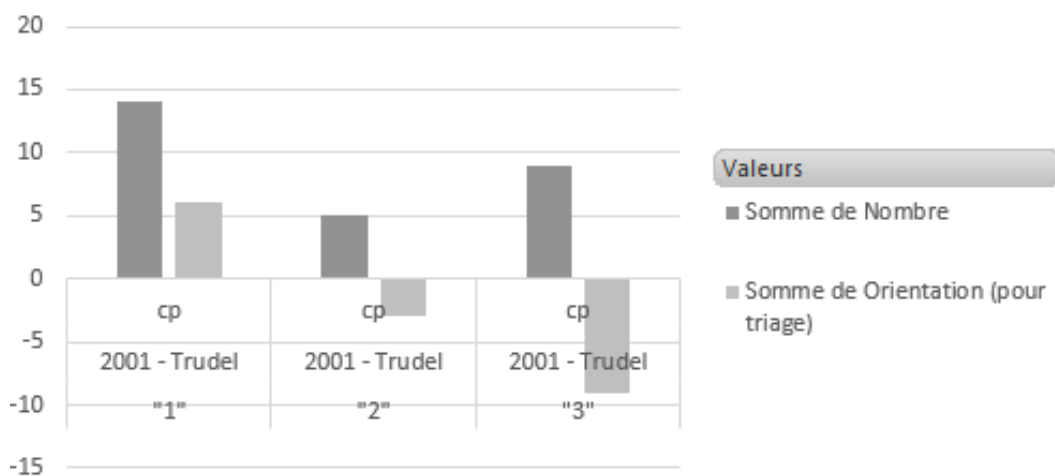


Figure 13 - Somme du nombre et de la pondération d'orientation « +/- » des données codifiées selon la dimension « contrôle populaire », triée en fonction de la pondération d'intensité relative « 1, 2 & 3 » (2001).

À l’opposé, le parti au pouvoir (PQ) avait plutôt tendance à offrir un argumentaire en apparence favorable à la participation citoyenne, mais qui était fondé sur une interprétation « élastique » de la citoyenneté :

M. Trudel [ministre de la Santé et des Services sociaux]: Formellement, là, formellement, vous considérez donc que d’être désigné par l’instance régionale, par les citoyens et citoyennes qui siègent au conseil d’administration de la Régie régionale, ça, là, c’est désigné... c’est pas désigné par vos concitoyens et concitoyennes de la communauté concernée. C’est-à-dire, je pense qu’il faut être très précis. Si je suis votre interprétation, quand la présidente du conseil d’administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Mme Weil, recommande la nomination, par exemple, d’un médecin qui a été choisi par la communauté médicale régionale, ça, c’est Mme Weil, c’est du gouvernement. Ça, c’est tout du gouvernement, c’est pas de vos concitoyens qui ont été appelés à servir la communauté environnante, là. (2001-3_Consultations particulières sur le projet de loi n° 28 / vendredi 1 juin 2001 - Vol. 37 N° 15)

Dans cet échange avec un participant aux audiences publiques, le ministre répond de cette façon aux nombreuses critiques qui lui reprochent de vouloir affaiblir les instruments de participation publique. Pour le ministre, qu’un administrateur soit médecin, employé du réseau ou un simple citoyen n’œuvrant pas dans le réseau de la santé, cela lui importe peu. Tant qu’il provient de la « communauté » il peut siéger au conseil d’administration à titre de représentant de la population. Nous interprétons cet argumentaire de la part du ministre comme une rhétorique visant ultimement à affaiblir les instruments de participation publique. Ce type d’argumentaire sera repris par le ministre Couillard lors de la réforme 2004, alors que le PLQ est au pouvoir. Nous y reviendrons.

Des mesures adoptées négatives

Nous avons tenté de comparer l’orientation « +/- » des données codifiées selon la pondération d’intensité « 3 » pour chacune des trois premières réformes analysées (figure 14). On constate que

pour les réformes Castonguay et Côté, l'orientation générale était négative, mais que certaines mesures adoptées étaient malgré tout favorables à la participation publique. La réforme Trudel constitue une rupture de cette tendance, puisqu'aucune mesure adoptée en 2001 ne contribuait positivement à la participation publique venant ainsi renforcer le constat général de Forest et coll. (2003) en regard du recul de la participation publique lors de la réforme Trudel de 2001.

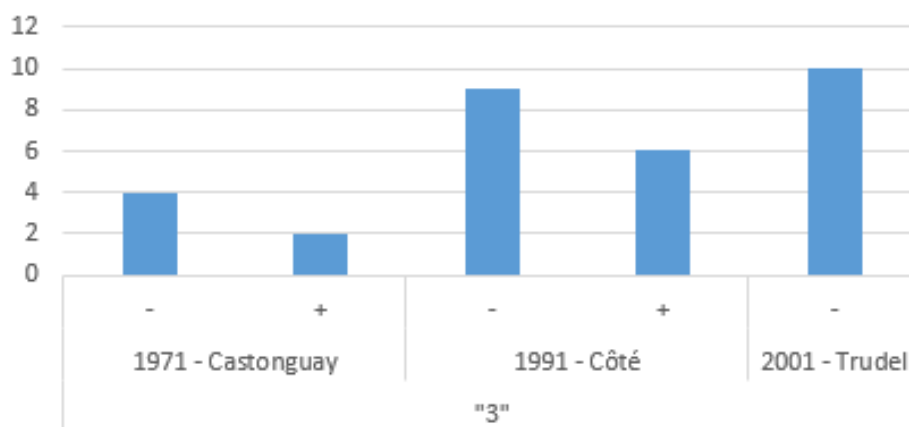


Figure 14 – Somme des données codifiées selon la pondération d'intensité « 3 », triées selon la pondération d'orientation « +/- ». (1971, 1991 & 2001)

L'inclusion : préoccupation centrale des élus en 2001.

Comme l'indiquait la figure 12 précédemment, les enjeux d'inclusion sont bien présents au sein de la réforme Trudel. D'ailleurs, la figure 15 ci-dessous nous montre que, malgré que la réforme Trudel ait fourni moins de données au total, c'est lors de cette réforme, ainsi que lors de la réforme Couillard que les enjeux d'inclusion sont les plus présentes. Comment expliquer cette montée de l'inclusion lors des réformes Trudel et Couillard ? Nous y reviendrons dans la prochaine section.

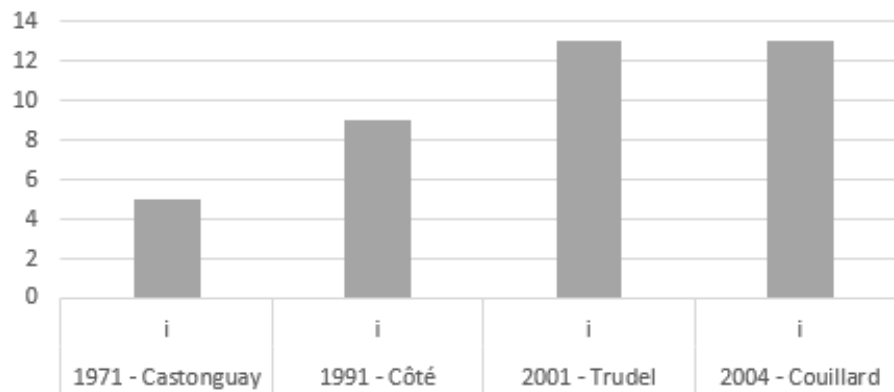


Figure 15 - Sommes des données codifiées selon la dimension « inclusion » pour l'ensemble des réformes. (1971, 1991, 2001 & 2004)

5.3.2 Analyse des données

Lors de la réforme Trudel, les débats autour de l'enjeu d'inclusion étaient centrés sur la question de la composition et du mode de sélection des membres des conseils d'administration autant au palier régional que local. La position du gouvernement était de délaissier le mode de sélection par élection pour aller vers la nomination, alors que l'opposition libérale prônait le maintien du suffrage universel comme méthode de sélection. D'ailleurs, les intervenants aux audiences publiques sur le projet de loi 28 ont été nombreux à exprimer leur désaccord quant à la proposition d'abandon du suffrage universel. Un grand nombre d'entre eux ont insisté sur l'importance de la participation publique en tant que stratégie de gouvernance visant à améliorer les services à la population, mais très peu ont proposé des solutions convaincantes aux problèmes sérieux du faible taux de participation aux élections des conseils d'administration.⁸

⁸En conformité avec les balises de notre méthodologie, ces données ne provenant pas d'élus et de commissaires d'enquête, n'ont pas été retenues dans la collecte.

Conséquemment, les solutions que proposait l'opposition ne se distinguaient pas par leur radicalité et leur débordante conviction envers la participation publique :

M. Fournier: C'est naissant, y a des méthodes qui peuvent être choisies pour favoriser la participation des citoyens, notamment si l'élection avait lieu en même temps qu'une élection municipale ou qu'une élection scolaire, quoique, dans le cas du scolaire, peut-être qu'un jour on va nous dire que, là non plus, ça participe pas beaucoup. Mais peut-être qu'en cumulant les deux, peut-être que ça ferait... peut-être que ça ferait de l'effet. (2001-3_Consultations particulières sur le projet de loi n° 28 / jeudi 31 mai 2001 - Vol. 37 N° 14)

Malgré l'opposition, le gouvernement est tout de même allé de l'avant avec la suppression du suffrage universel comme méthode de sélection des représentants de la population, suppression qui, disons-le, s'est effectué après un débat qui ne semblait pouvoir dépasser les vœux pieux de la participation publique.

La Commission Clair et la participation publique

Au cours du déroulement de leur enquête, les commissaires de la Commission Clair n'ont pas effectué d'analyse sur aucun des instruments de participation publique. À nos yeux, il s'agissait d'une seconde occasion ratée en cette matière, la première étant la commission Rochon. Conséquemment, le rapport reste très superficiel sur cette question, mais propose malgré tout la création d'un « forum citoyen » qui « [...] aurait pour mandat d'organiser des rencontres publiques propres à la dynamique de chaque région et de fournir avis et recommandations au conseil d'administration sur les questions relatives à la satisfaction de la clientèle. » (2001-1_Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 223). Le gouvernement est d'ailleurs allé de l'avant avec cette recommandation. Nous y reviendrons dans la section suivante sur l'analyse des données de la réforme Trudel (2001).

D'autre part, le rapport présente une synthèse d'une « vox populi », dont de nombreuses interventions de citoyens soulèvent l'enjeu du manque de reconnaissance de la part des institutions en regard des compétences des citoyens à participer à la prise de décision au sein des institutions du réseau de la santé. Toutefois, aucune recommandation de la part de la commission n'a été formulée pour faire écho à cette préoccupation.

Dans une autre section du rapport où l'on présente le résultat de consultations d'experts sur la gouvernance du réseau, il est suggéré par la seule experte (Denise Kouri) à s'être prononcé sur la question de la participation citoyenne, que celle-ci soit limitée à la participation de type « consommateur », c'est-à-dire de satisfaction de la clientèle :

« Le fait que les membres du conseil d'administration régional soient ou élus ou nommés ne semble pas changer grand-chose dans les faits, lorsqu'on compare les diverses expériences canadiennes. D'ailleurs, même là où les CA sont élus, la participation des citoyens semble problématique. Elle pourrait davantage se matérialiser via des comités d'usagers, sondages ou focus groups, puisque les méthodes traditionnelles semblent inefficaces. Pour Denise Kouri, l'octroi d'un pouvoir de taxation régionale n'est pas une réponse adéquate à la problématique de la légitimité. » (MSSS, 2001, p. 365)

Création des Forums de la population

Si la création des Forums de la population représente un ajout en matière de lieu d'engagement pour les citoyens désireux de contribuer à la gouvernance régionale du réseau de la santé, il faut par contre ajouter que ces forums ne permettent que la participation des membres des comités d'usagers et non des « simples citoyens », ce qui en fait une initiative plutôt limitée en matière d'inclusion. En conséquence, le mandat des Forums de la population se situe dans une perspective d'usagers plutôt que citoyenne, favorisant ainsi une approche de la participation publique orientée sur le « consommateur de services » :

343.2. *Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de la régie régionale :*

1° d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être ;

2° de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services. (2001-2_Projet de loi 28, art. 50)

Il nous semble important de noter que lors des débats sur la réforme Couillard, les forums de la population ont fait l'objet de commentaires, entre autres le ministre de la Santé et des Services sociaux qui affirmait, avec raison, que les *Forums de la population* ont été sous-utilisés :

« M. Couillard : [...] De vastes consultations locales et régionales seront menées par les agences auprès de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, de leurs grands partenaires et de la population en général, par l'intermédiaire du Forum de la population, qui est un instrument dont sont dotées les régies, mais qui a été fort peu utilisé jusqu'à maintenant. [...] »

Étant donné l'absence des données codifiées selon la dimension d'efficience, on ne peut que conclure que pour le gouvernement les préoccupations d'efficacité et de rendement des instruments de participation publique n'étaient tout simplement pas à l'ordre du jour de la réforme Trudel. Aucun questionnement à propos des coûts administratifs des dispositifs, leur coût en ressources humaines et les bénéfices engendrés. Si on exclut les nombreuses interventions et propos d'ordre général que nous avons codifié selon la dimension « contrôle populaire », c'est l'enjeu de la méthode de sélection des citoyens qui a tenu le haut du pavé. La faible utilisation de l'ensemble des autres dimensions de Smith (et l'absence de certains) nous permet de constater un manque de profondeur dans les débats sur la participation publique lors de cette réforme. Entre autres, aucune donnée n'a été recensée sur la question de la transparence des institutions envers

les citoyens participants. Pourtant l'accès à l'information par les citoyens est une condition incontournable et qui fait l'objet d'une certaine unanimité auprès des chercheurs en matière de participation publique. On constate qu'après trois décennies d'expérimentation, la pensée gouvernementale a peu évolué en matière de participation publique. Voyons voir ce qui en est de la dernière réforme qui fait l'objet de notre étude.

5.4 Réforme Couillard – 2004

La réforme Couillard aspirait à dénouer les problèmes liés à l'accessibilité et à la continuité des services entre les établissements ce qui ne l'a pas empêché de placer la participation citoyenne en tant que principe fondateur de ladite réforme. C'est lors de cette réforme que fut créé un nouvel instrument de participation publique, au niveau national celui-là, c'est-à-dire le Forum de consultation du nouveau CSBE. Du point de vue de l'accès des citoyens aux conseils d'administration, les fusions massives d'établissements locaux ont significativement réduit l'espace disponible pour les citoyens dans l'administration des institutions publiques de santé.

5.4.1 Présentation des données

On remarque à la figure 16 que le « contrôle populaire » figure encore une fois comme la dimension championne sans conteste. La faible représentation des autres dimensions caractérise aussi la réforme Couillard, et particulièrement la faible place de l'efficience.

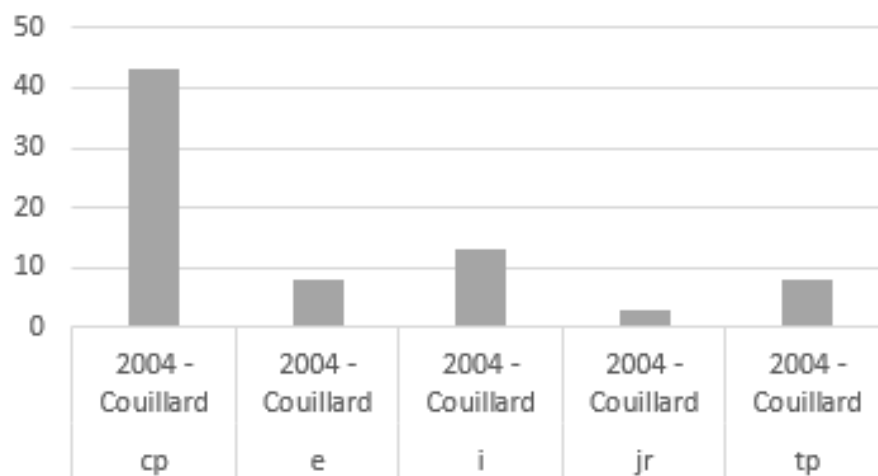


Figure 16 - Somme des données triées en fonction des dimensions de Smith (2004).

Comme pour les autres réformes qui ont fait l'objet de notre recherche, l'efficacité occupait une place en périphérie des enjeux que nous venons de discuter dans la présente section. Les données d'efficacité qui ont été recueillies lors de la réforme Couillard démontrent une pondération d'orientation principalement négative, contrairement aux autres réformes (figure 17).

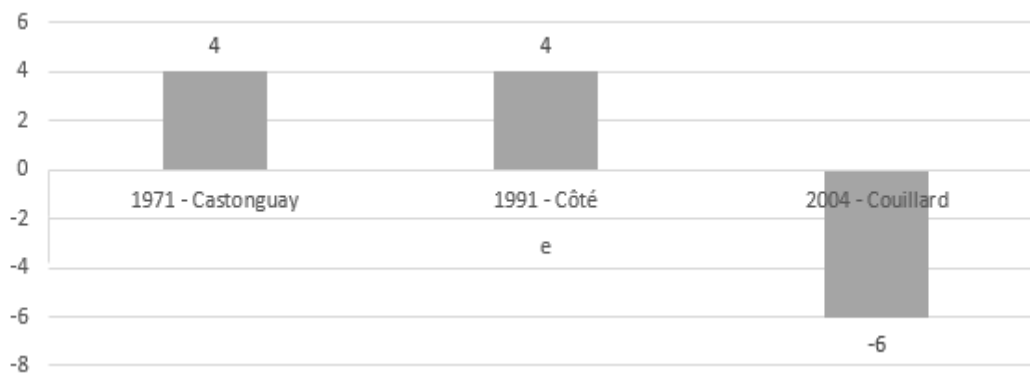


Figure 17 - Somme de la pondération d'orientation « +/- » des données codifiées selon la dimension « efficacité », triées par réforme. (1971, 1991, 2001 et 2004)

À propos des données de la dimension « contrôle populaire », nous avons constaté (figure 18) que la somme de l'orientation (+/-) des données de cette dimension pour la réforme Couillard est

principalement négative (ou mitigé pour la réforme Castonguay de 1971) et que d'une réforme à l'autre depuis 1971, à l'exception de la réforme Côté, cela semble être une tendance.

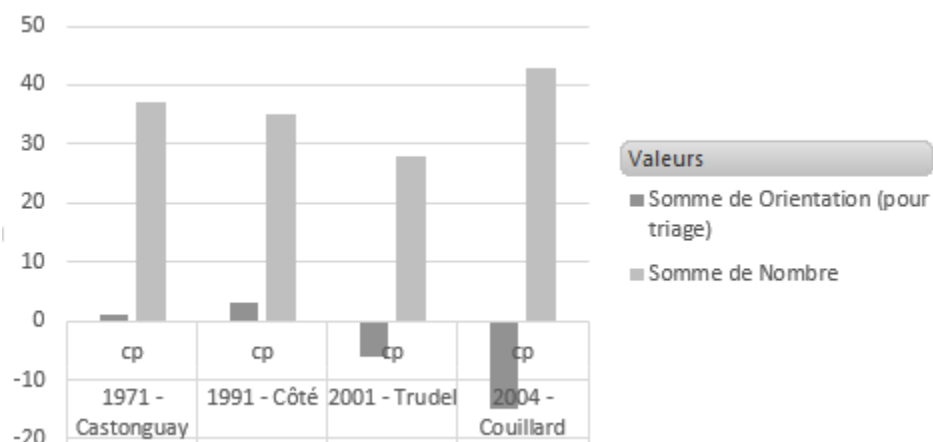


Figure 18 - Somme du nombre et de l'orientation « +/- » des données codifiées selon la dimension de « contrôle populaire », triées selon l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2001 & 2004)

Nous avons constaté que cette tendance vers une orientation généralement négative d'une réforme à l'autre s'observe aussi si on tient compte de l'ensemble des dimensions (figure 19).

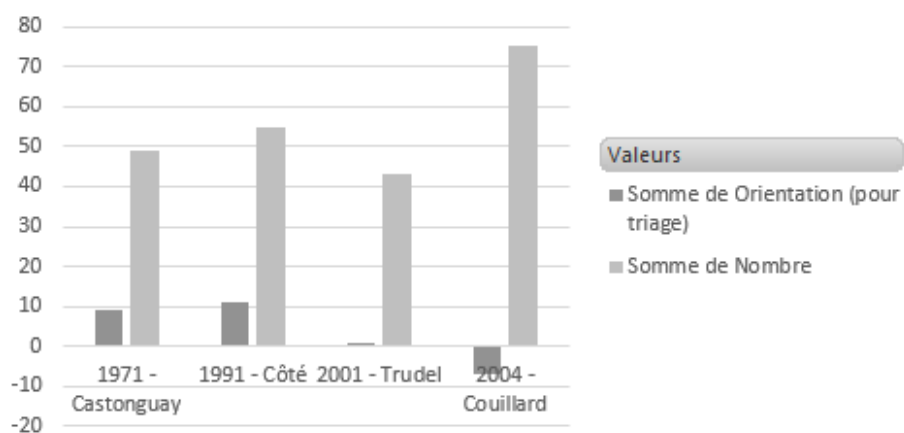


Figure 19 - Somme du nombre et de la pondération d'orientation « +/- » des données toutes dimensions confondues, triées selon les réformes. (1971, 1991, 2001, 2004)

5.4.2 Analyse des données

Le contrôle populaire : toujours dominant

La perte en matière de participation publique qu'ont engendrée les fusions d'établissement n'a pas fait l'objet de discussions entre les élus lors des audiences et de l'étude détaillée du projet de loi 25. L'absence de débat des élus à propos de ce recul, nous donne une indication du niveau d'intérêt des élus pour cet instrument de participation publique qu'est la représentation citoyenne au sein des conseils d'administration et peut-être aussi une piste pour le degré d'intérêt envers la participation publique. Le principal enjeu au centre des discussions sur ce projet de loi était la marginalisation des CLSC dans les processus de fusion avec les hôpitaux et les CHSLD. Pourquoi en est-il ainsi, alors que l'ensemble des élus est unanime sur l'importance de faire plus de place aux citoyens? Voilà un paradoxe de la participation publique dans les institutions de santé québécoises. Une piste de réponse à cette question est peut-être que les fusions d'établissement ont été jugées, autant par le PQ que le PLQ, comme un enjeu de plus grande importance que celui de la participation publique, car les deux partis ont procédé à des fusions d'établissements locaux de santé depuis le milieu des années 1990. Est-ce que la réduction importante du nombre de postes d'« administrateur-citoyen » faisait le poids face aux avantages présumés des fusions? Les résultats de notre analyse nous portent à croire que non.

Les données relatives à la dimension « contrôle populaire » lors de la réforme Couillard ont été principalement recueillies dans le cadre des nombreuses discussions au sein de la commission parlementaire sur le nombre de postes à rendre disponible pour les représentants de la population sur les conseils d'administration et leur poids par rapport aux autres administrateurs. Voici un exemple de donnée qui allait dans ce sens :

M. Couillard: [...] Maintenant, pour ce qui est des éléments retenus et non retenus, je vais essayer de... Mais, évidemment, on a beaucoup retenu de choses, il n'y a pas beaucoup de choses qui ont été écartées. Mais, si j'essaie de me souvenir des éléments qui ont fait l'objet de discussions importantes pour les conseils d'administration, il y a eu toute une discussion sur ce qu'on voulait dire par responsabilité... par représentation citoyenne. Nous, on a réintroduit le nombre de représentants élus à quatre, et on ajoute deux représentants des usagers. Alors, certains nous ont dit: Bien non, ça devrait être tous les citoyens, six, puis pas les usagers. Les usagers nous disent: Non, non, ça doit être tous les usagers, pas la population. Alors, on pense que la majorité de ce bloc, qui est six personnes, ça doit être la population, avec un mécanisme électif, et on tient au mécanisme électif même si la participation des citoyens n'est pas au niveau qu'on voudrait qu'elle soit, mais les usagers quand même doivent avoir également un mot à dire. Si on veut leur donner un rôle important, les comités des usagers, dans le traitement des plaintes, dans la qualité, il faut qu'ils soient représentés. Alors ça, ça a été un élément de discussion. [...]. (2004-2_Étude détaillée du projet de loi n° 83 / mardi 13 septembre 2005 - Vol. 38 N° 151)

Or, même s'il s'agissait d'ajout de postes d'administrateur-citoyen, cet ajout ne changeait pas les proportions et n'amenait pas les citoyens vers un rapport de force égalitaire ou majoritaire avec les membres professionnels et gestionnaires, c'est pourquoi ce genre de données, nombreuses par ailleurs, ont été pondérées négativement.

En analysant les propos du ministre Couillard, nous pouvons entrevoir une piste de compréhension en regard de sa timidité à renforcer le pouvoir des citoyens au sein des conseils d'administration. En effet, ce dernier semble avoir subi des pressions de la part des gestionnaires du réseau pour « diminuer » ou « retirer » les espaces de représentation, non seulement des citoyens, mais aussi des travailleurs à l'intérieur des établissements :

M. Couillard : [...] Et je reviens tout de suite à la question... immédiatement, oui, à la question d'équilibre. Vous savez, dans l'évolution de ce projet puis dans tous les projets de gouverne qui ont été mis de l'avant, il y a eu beaucoup de voix du réseau, des gens qui administrent le réseau, des experts, là, que ce soient les professionnels ou les administrateurs, qui ont demandé qu'on diminue ou qu'on retire la représentation populationnelle, qu'on diminue ou qu'on retire la représentation des travailleurs

d'établissement. Et ce qu'on fait, c'est de dire non à ça et de la maintenir, alors là il y a un équilibre. [...] (2004-1_Étude détaillée du projet de loi n° 83 / mardi 13 septembre 2005 - Vol. 38 N° 151)

Le renforcement des conseils d'administration

Un autre indice du manque d'intérêt des élus envers la participation publique au sein d'instances décisionnelles est observable en analysant les débats (ou l'absence de débats) autour des moyens pour renforcer la participation publique au sein des conseils d'administration. En discutant sur les moyens de renforcer le processus électoral des représentants de la population au sein des CA, le député Jean-Pierre Charbonneau (opposition péquiste) a proposé que le *Directeur général des élections du Québec (DGEQ)* soit impliqué dans les processus électoraux des établissements de santé, afin d'encadrer, de renforcer et de crédibiliser ces processus. Cette proposition fut rejetée par le DGEQ lui-même sans que les raisons paraissent clairement dans le verbatim de la commission parlementaire. Il n'est pas ici question de tenter de comprendre le refus du DGEQ, mais bien de comprendre pourquoi les élus n'ont pas poussé la réflexion plus loin. Ils auraient pu faire venir le DGEQ à la commission parlementaire pour comprendre les raisons de son refus et explorer avec lui les autres possibilités. Cela n'a pas été fait. Cette proposition, avec celle de combiner les élections municipales, avec celles des milieux scolaires et sanitaires a été rejetée sans réel débat, ajoutant ainsi deux indices supplémentaires à notre idée que l'une des tendances lourdes en matière de participation publique dans le réseau sociosanitaire québécois est de privilégier une participation publique consultative plutôt que délibérative et décisionnelle.

Le danger du « noyautage »

Le noyautage est le fait qu'un groupe restreint manigance pour prendre le contrôle d'une instance ou d'une organisation. Cet argument a été utilisé à de nombreuses reprises, lors de

chacune des réformes à partir de la réforme Côté (1991). C'était la marotte de Rémy Trudel (PQ) en 1991 lorsqu'il était dans l'opposition, ainsi qu'au moment où il était l'autre côté de la chambre en 2001. Cet argument a donc changé de parti en 2004 en voyant Philippe Couillard l'utilisé pour tempérer la volonté de l'opposition à vouloir renforcer le pouvoir des citoyens. Voici un exemple des propos tenus à ce sujet lors de l'étude du projet de loi 38 sur la création du *Forum de la population* du CSBE, suivi par la réponse du député de l'opposition officielle :

M. Couillard: *Mais c'est plus facile au Québec qu'ailleurs, encore, et de loin; et même chose pour les organismes de type... patronaux, les organismes économiques, etc. Ici, on vise à s'assurer qu'on ait le plus de garde-fous possibles quant à la possibilité de noyautage de ce forum-là, d'un côté ou de l'autre, hein, ce n'est pas plus d'un côté que de l'autre des spectres politiques de la société. (2004-6_Étude détaillée du projet de loi n° 38 / Le mardi 14 juin 2005 - Vol. 38 N° 144)*

M. Charbonneau: *Bien, je ne trouve pas que c'est un argument, parce que je vais vous dire... Je pourrais prendre le même argument au niveau, tu sais, des députés de l'Assemblée. Dans le fond, tu sais, on est dans un processus électif, c'est clair qu'il y a des tendances idéologiques, il y a des partis politiques, bon. (2004-2_Étude détaillée du projet de loi n° 83 / mardi 13 septembre 2005 - Vol. 38 N° 151)*

Mais quelle est cette peur du « noyautage »? Le noyautage est présenté comme une stratégie de mobilisation de forces plus ou moins obscures de la communauté et fondamentalement nuisibles au processus de prise de décision. La logique de cet argument est la suivante : on craint que la démocratie soit détournée au profit d'intérêts partisans et donc pour éviter ce « problème », certains élus semblent avoir tendance à réduire la portée de l'instrument susceptible d'engendrer des pratiques de noyautage. Un parti politique comme le Parti libéral du Québec (celui du ministre Couillard) n'est-il pas susceptible d'être investi par des forces de la société qui ne souhaite pas nécessairement le bien commun? Le débat sur le trafic d'influence au centre duquel certains partis politiques au Québec se sont retrouvés (principalement le Parti libéral) est maintenant largement

connu. Nous avons toutefois entendu bien peu de personnes affirmer qu'il fallait abolir les partis politiques pour cette raison. Il fallait plutôt remettre en question le mode de financement des partis politiques et instaurer des règles d'éthiques. Pourquoi en serait-il différent pour les instruments de participation publique? Pourquoi les élus sont-ils si rapides à les abolir et les rejeter et si peu prompts à les bonifier?

Inclusion : Élargir la définition du « citoyen » pour mieux l'exclure?

Les données codifiées selon la dimension « inclusion » proviennent principalement de propos du ministre (Philippe Couillard, PLQ) qui critique les Forums de la population qui ont été mis en place par la réforme Trudel (PQ) et visent à justifier la décision de les abolir. Il est ici important de rappeler que les forums de la population n'ont été déployés que dans certaines régions seulement et durant un court laps de temps (moins de 3 ans), ce qui fragilise la crédibilité de l'analyse sur laquelle se base le ministre qui n'est d'ailleurs pas remise en question par l'opposition.

Les données « inclusion » nous ont révélé un phénomène qui est apparu lors de la réforme précédente (réforme Trudel en 2001), celui de la définition élastique du citoyen. Nous y revenons, car le ministre Couillard a fait usage de ce sophisme qui nous semble révélateur de la pensée gouvernementale en matière de participation publique et particulièrement sur la question de l'inclusion. Voici l'extrait d'un échange entre le ministre et le député de l'opposition officielle à propos de la représentation citoyenne au sein des conseils d'administration :

M. Couillard: *Je ferais quand même remarquer certains éléments, là. Il y a des gens dans le conseil d'administration, vous dites, c'est tous des dispensateurs de soins. Il ne faut quand même pas tout mettre dans le même panier. Regardez les gens cooptés, par*

exemple, par l'agence, avec leurs compétences en gestion, dont un provient du milieu communautaire. C'est du citoyen, ça aussi, là.

M. Charbonneau: *Oui, mais quand on parle du... Attention! Quand...*

M. Couillard: *Je veux juste terminer...*

M. Charbonneau: *Oui.*

M. Couillard: *Juste terminer. Les fondations, c'est du monde qui ne sont pas du monde de la santé qui sont là-dessus, vous le savez bien, là. C'est des gens de la région qui veulent s'impliquer dans la fondation, qui sont là-dedans, c'est des citoyens également. Alors, il y a quand même plus de gens qui représentent la population que ceux qui sont uniquement dans les deux premières catégories, là. (2004-1_Étude détaillée du projet de loi n° 83 / mardi 13 septembre 2005 - Vol. 38 N° 151)*

Sans définir ce qu'est un représentant de la population, le ministre Couillard choisi d'adopter une définition à la fois vague et très large de ce qu'est un citoyen, comme l'a fait l'ex-ministre Trudel lors de la réforme de 2001. Qu'elle soit volontaire ou non, cette réflexion du ministre nous apparaît comme une façon plus ou moins consciente d'exprimer ces réticences envers la participation publique telle que pratiquée au sein des conseils d'administration.

Innovation : Forum de consultation du CSBE

Les données qui concernent cette initiative ont une codification diversifiée, répartie à peu près également entre l'« inclusion », le « contrôle populaire », la « transparence » et le « jugement réfléchi », ce qui est tout à fait inusité dans notre collecte de données, car la normale de la répartition des données était une absence de diversité des données en faveur de la dimension « contrôle populaire ». Cela nous semble témoigner de l'émergence d'une certaine profondeur en matière de connaissance sur la participation publique, qui s'explique, entre autres, par la connaissance de certaines expériences de participation publique ailleurs dans le monde, principalement la Grande-Bretagne, que le gouvernement tente de reproduire :

M. Couillard: Et c'est ça qu'on veut avoir comme résultat, là. Et on sait, par des expériences internationales... je pense que notre collègue est probablement au courant, ce qui s'est fait en Grande-Bretagne, par exemple, avec les groupes NICE ou les forums... les jurys de population. C'est assez efficace, hein? Ces gens-là sont assez... Une fois qu'ils sont là, ils ? à bon droit ? s'estiment investis d'une mission sociétale très importante, et ils sont en général très actifs, surtout si on leur donne le message qu'ils sont... que c'est leur input qui est majoritairement important, là, pour le gouvernement et la société. [...]. (2004-6_Étude détaillée du projet de loi n° 38 / Le mardi 14 juin 2005 - Vol. 38 N° 144)

Une forte proportion de données relative au *Forum de consultation* du CSBE ont été codifiées positivement (9 sur 11 ont été pondérées « + ») traduisant ainsi un penchant favorable, s'expliquant en partie par le fait que seulement une de ces données provenait du parti d'opposition. Il semblait donc y avoir unanimité autour de cette proposition. Pourquoi cette proposition a-t-elle fait quasi-unanimité? Le fait que cet instrument de participation publique soit rattaché à une instance consultative plutôt qu'à une instance décisionnelle nous a paru faciliter l'adhésion des élus qui semblent soumis depuis plusieurs années à des pressions de la part des gestionnaires afin de réduire la présence des administrateurs de conseils d'administration qui proviennent de l'extérieur de l'appareil administratif du réseau de la santé (employés et population).

5.5 Conclusion de l'analyse des données (pour toutes les réformes)

Rappelons d'entrée de jeu quelle était l'hypothèse de départ de notre recherche :

Les choix et le discours des élus et des commissaires d'enquêtes en matière de participation publique au sein des institutions sociosanitaires, lors des principales réformes de la gouvernance du réseau québécois de la santé, témoignent d'une importance accordée à la dimension d' « efficacité » et donc à des préoccupations tournées sur la performance institutionnelle, au détriment des enjeux de démocratisation qui se retrouvent dans les dimensions d' « inclusion », de « contrôle populaire », de « transparence » et de « jugement réfléchi »

À la lumière des constats engendrés par notre analyse, nous pouvons conclure, dans une perspective très générale, que les choix effectués en matière de participation publique au sein des

institutions sociosanitaires par les élus et commissaires d'enquête lors des principales réformes, témoignaient d'une faible importance accordée aux enjeux relatifs à la dimension d'« efficacité » (rapport coût-bénéfice), ainsi qu'aux enjeux de démocratisation par les dimensions « d'inclusion », de « transparence » et de « jugement réfléchi ». Ce sont plutôt les débats sur le pouvoir à accorder aux citoyens qui ont dominé les préoccupations des élus et commissaires d'enquête. Sur cette question de délégation de pouvoir aux citoyens, les élus et commissaires d'enquête sont généralement en défaveur du renforcement ou de l'expansion du pouvoir des citoyens et cette tendance semble aller en s'accroissant comme en témoigne la figure 20.

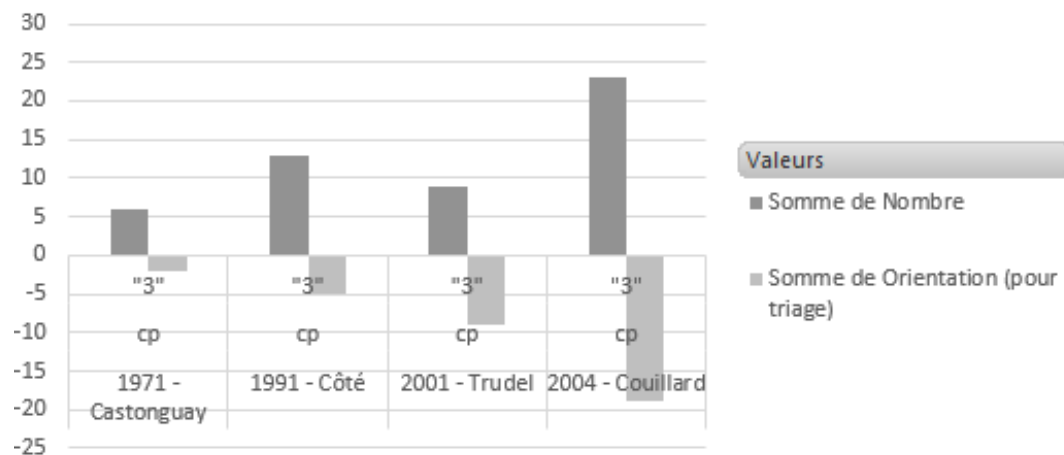


Figure 20 - Somme de la pondération d'orientation et du nombre des données codifiées selon la pondération d'intensité "3" et selon la dimension "contrôle populaire" pour l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2001 & 2004).

Mais, il faut ajouter que l'orientation positive des données collectées entourant les discussions à propos de la création du Forum de consultation du CSBE, tend à démontrer que le faible intérêt des élus en regard de la participation publique ne s'appliquerait qu'à propos des instruments de participation publique offrant aux citoyens un rôle direct sur la prise de décision, alors que les élus

semblent plus ouverts aux instruments purement consultatifs comme le Forum de consultation du CSBE.

En observant l'illustration suivante (figure 21) qui présente la somme de la pondération d'orientation et du nombre de données codifiées selon les dimensions de Smith associées à des enjeux de démocratisation (contrôle populaire, inclusion, transparence et jugement réfléchi) pour l'ensemble des réformes, on observe ce que nous avons déjà soulevé, c'est-à-dire que l'orientation de plus en plus négative de la dimension « contrôle populaire » pèse lourdement en faveur de notre intuition de départ sur la faiblesse de l'intérêt des élus et commissaires d'enquête en regard de la démocratisation des institutions.

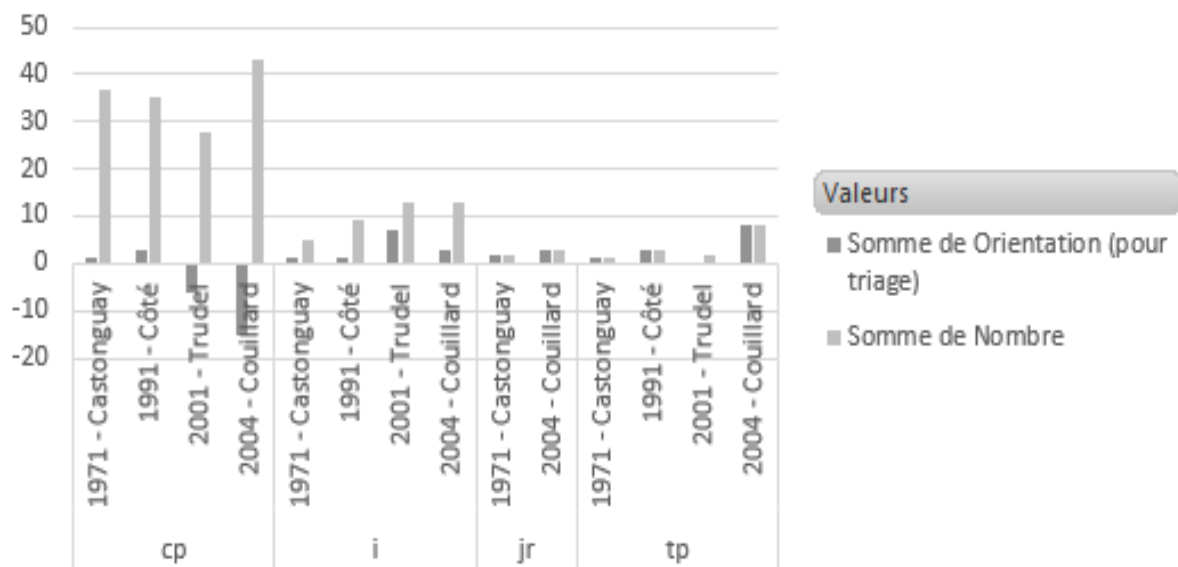


Figure 21 - Somme de la pondération d'orientation et du nombre de données codifiées selon les dimensions "contrôle populaire", "inclusion", "transparence" et "jugement réfléchi" pour l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2001 & 2004)

Par contre, même si le nombre de données des trois autres dimensions associées aux enjeux de démocratisation (inclusion, transparence et jugement réfléchi) est plutôt faible

comparativement aux données de la dimension « contrôle populaire », on remarque, dans la figure 22 ci-dessous, que celles-ci conservent une orientation positive à travers l'ensemble des réformes et que lorsqu'une mesure concernant ces trois dimensions fait l'objet d'une adoption (intensité « 3 »), ces mesures vont généralement dans le sens du renforcement (+) des trois dimensions, sauf durant la réforme Trudel (2001), confirmant ainsi les propos de Forest et coll. (2003) qui affirmait que la réforme Trudel avait mis fin à l'expérience citoyenne des années 1990.

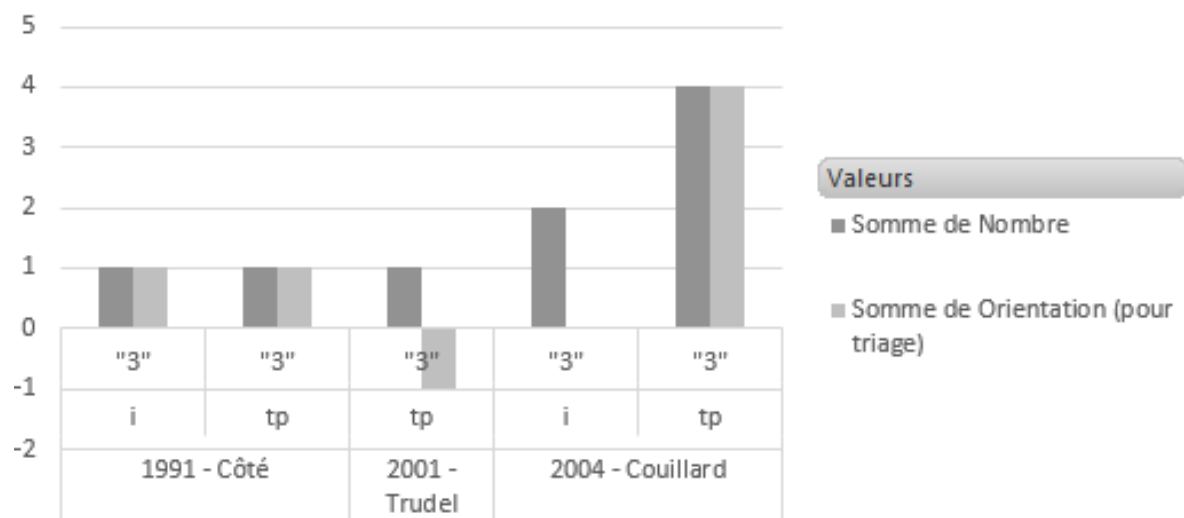


Figure 22 - Somme de la pondération d'orientation et du nombre des données codifiées selon la pondération d'intensité "3" et selon les dimensions "inclusion", "transparence" et "jugement réfléchi" pour l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2002 & 2004).

Cette nuance ne permet toutefois pas de conclure que les élus et commissaires d'enquête ont démontré une préoccupation significative au travers des réformes en regard de la démocratisation des institutions, car le bilan des mesures adoptées en regard de la dimension qui a largement dominé en nombre lors de chacune des réformes, celle de « contrôle populaire », est très nettement négatif et la progression d'une réforme à l'autre tend à renforcer cette tendance (voir figure 23 ci-dessous).

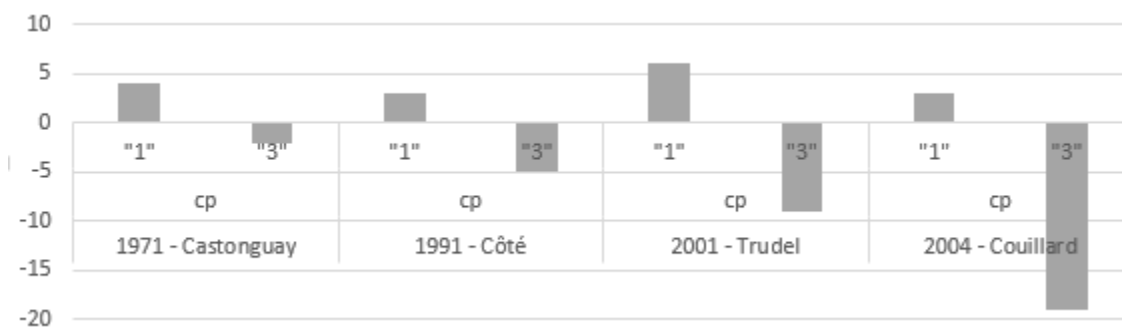


Figure 23 - Somme de la pondération de l'orientation « +/- » des données codifiées selon la dimension « contrôle populaire », triées selon les niveaux de pondération d'intensité « 1 » et « 3 » pour l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2001 & 2004).

En observant cette illustration, on remarque rapidement un paradoxe, celui de l'écart entre l'orientation « +/- » générale des données de type « argumentaire » (intensité « 1 ») et celle des données de type « adoption » (intensité « 3 »). Cette figure nous semble dire deux choses : 1. Le discours favorable des élus et commissaires d'enquête à un renforcement du pouvoir des citoyens sur leurs institutions sociosanitaires se maintient dans le temps; 2. Les mesures adoptées par ces mêmes acteurs d'une réforme à l'autre contribuent de façon mitigée ou négative au renforcement du pouvoir citoyen. Pourquoi en est-il ainsi? Il nous semble que l'on peut risquer l'affirmation suivante : il existe, auprès des élus et des auteurs des rapports Castonguay, Rochon et Clair, une pression sociale suffisamment forte pour les obliger à adopter un discours « pro-participation citoyenne », mais pas suffisante pour les forcer à adopter des mesures qui vont résolument en ce sens. Il s'agit d'une approche paradoxale, de la participation publique par les élus et commissaires d'enquête. Serait-il de bon ton de parler de participation citoyenne au Québec?

6. Interprétation des résultats de notre analyse

Dans la présente section, nous tenterons de donner un sens aux résultats de notre analyse. Nous proposerons donc une autre façon de comprendre nos résultats d'analyse en proposant quelques éléments de réponse à la question : Pourquoi les élus et commissaires d'enquête sont-ils plutôt défavorables à la mise en place d'instruments de participation publique?

6.1 Réponse alternative à notre question de recherche

Notre question de recherche était la suivante :

Comment les différentes réformes de la gouvernance du réseau ont-elles contribué à l'évolution de la participation publique au sein des institutions sociosanitaires québécoises, ou plus précisément, quelles ont été les dimensions de la participation publique évoquées par les élus et commissaires d'enquête lors des principales réformes de la gouvernance au sein du réseau public québécois de santé? (1971, 1991, 2001 & 2004)

Comme base d'interprétation, nous proposons la réponse suivante à notre question de recherche, comme alternative à notre hypothèse :

Le discours et les choix effectués en matière de participation publique au sein des institutions sociosanitaires par les élus et commissaires d'enquête lors des principales réformes de la gouvernance du réseau québécois de la santé, sont l'effet combiné de l'influence de trois groupes d'acteurs qui agissent comme des vecteurs de forces sur les positions des acteurs en matière de participation publique :

1. *Les forces de la société civile;*
2. *Les forces technocratiques (fonctionnaires);*
3. *Les forces scientifiques (experts).*

Ces trois vecteurs de force ont en commun le même point d'application, c'est-à-dire l'objet sur lequel ils exercent leur force : *le discours et les choix des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique*. Selon l'époque, ces trois groupes d'acteurs ont exercé leur

influence sur les élus et commissaires d'enquête (donc leur force), selon une intensité et une orientation plus ou moins favorable à l'instauration d'instrument de participation publique, générant ainsi différents schémas vectoriels différenciés selon les réformes.

6.1.1 Les forces de la société civile

Le point que nous souhaitons soulever ici est que la participation publique ne fut portée que partiellement par un mouvement social de démocratisation, en l'occurrence le mouvement d'action communautaire, dont l'appui évanescant à la participation publique de 1971 à 2004, expliquerait en partie la diminution de la prégnance de l'idée même de la participation publique auprès des élus et commissaires d'enquête durant cette même période.

Des trois groupes d'acteurs présentés ci-dessus, celui de la société civile est probablement celui dont les contours sont les plus difficiles à tracer. Pour en révéler les constituants, il est nécessaire de considérer, à l'instar de Callon et coll. (2001), la représentativité des acteurs en regard de la population. En ce sens, la Commission Rochon (1988) est très claire, une grande part de la représentativité de la population revient aux organismes communautaires :

[...] il faut aussi mettre à contribution tous les dynamismes locaux ou régionaux qui se manifestent à travers les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les associations, lesquels permettent de connaître les besoins de la population. La participation de la population sous ses diverses formes aux différentes instances de décision constitue, en dernier ressort, le contrepoids nécessaire au pouvoir "de facto" que les experts détiennent nécessairement dans le réseau. Ce pouvoir des experts professionnels, technocrates ou gestionnaires tend, en effet, à exclure les citoyens, les usagers et les représentants d'organismes communautaires ou bénévoles des vrais lieux de prise de décision. (1991-1_Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 480.)

Il en est de même pour la Commission Clair en 2001. Ici les commissaires abordent la composition d'un éventuel *Forum de citoyens*, qui était l'une de ses recommandations. On constate qu'en aucun temps on ne se tourne vers un mode de désignation pour rejoindre la population directement. On passe plutôt par des organismes communautaires et les syndicats pour rejoindre la population :

La Commission est d'avis qu'un Forum des citoyens présidé par le président ou le vice-président du conseil d'administration de la régie doit être mis sur pied dans chaque région. Ce Forum serait constitué de 15 à 20 personnes représentant le point de vue des citoyens du territoire. Les membres de ce Forum seraient nommés par le conseil d'administration de la régie, à partir d'une liste proposée par les comités d'usagers, les organismes communautaires, les groupes syndicaux et socio-économiques ainsi que les associations vouées à la santé et au bien-être de leur région. Il faudrait aussi tenir compte de la représentativité des groupes d'âge, des problématiques sociosanitaires, des sexes et des sous-territoires. (2001-1_Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, p. 222-223)

Le rôle du mouvement communautaire dans la démocratisation des institutions au moment de la réforme Castonguay (1971), n'est plus à démontrer (Lamoureux, 2010) et nos données indiquent qu'aux yeux de nombreux élus et commissaires d'enquête, l'idée que la représentativité de la population soit assurée par le mouvement communautaire s'est poursuivie au moins jusqu'à la réforme de 2001. Toutefois, dans son essai sur l'évolution de l'action communautaire au Québec, Henri Lamoureux (2010) démontre que depuis la reconnaissance des organismes communautaires par le gouvernement à la fin des années 1990, ceux-ci sont devenus des partenaires du réseau de la santé et ont progressivement délaissé le « pouvoir citoyen » au profit de celui d'« expert ». Nous avons observé cette transformation à travers la réforme Couillard qui a grandement renforcé la présence des organismes communautaires en tant que partenaires privilégiés du « réseau intégré » de santé et de services sociaux.

Bien sûr, il existe d'autres constituantes de la société civile que le mouvement communautaire qui ont tenté d'influencer les élus et commissaires d'enquête en faveur du renforcement de la participation publique, comme le mouvement syndical par exemple, qui est intervenue à quelques reprises en faveur de la participation publique, mais le mouvement communautaire fut la figure de proue de la démocratisation des institutions de santé. Ceci dit, la démocratisation des institutions de santé fut une revendication très présente lors de la réforme Castonguay (1971), mais n'a jamais été la revendication principale de ce mouvement qui s'est principalement battu pour son autonomie et la reconnaissance du rôle de l'action communautaire.⁹

6.1.2 Les forces technocratiques (fonctionnaires)

Forest et coll. (2000) ont fait la démonstration que les instruments de participation publique mise en place dans les années 1990, avaient fait l'objet d'évaluations par les gestionnaires des régies régionales, sur des bases principalement « informelles et intuitives » et principalement sous l'angle des obstacles et des contraintes. Est-ce que cela signifie qu'à cette période les gestionnaires du réseau avaient une perception négative des instruments de participation publique? Nos données démontrent qu'à tout le moins, la perception négative des gestionnaires envers la participation publique était présente lors de la réforme Couillard en 2004 :

M. Couillard : [...] Et je reviens tout de suite à la question... immédiatement, oui, à la question d'équilibre. Vous savez, dans l'évolution de ce projet puis dans tous les projets de gouverne qui ont été mis de l'avant, il y a eu beaucoup de voix du réseau, des gens qui administrent le réseau, des experts, là, que ce soient les professionnels ou les administrateurs, qui ont demandé qu'on diminue ou qu'on retire la représentation populationnelle, qu'on diminue ou qu'on retire la représentation des travailleurs

⁹ Cette reconnaissance fut d'ailleurs acquise en 2001 lorsque le gouvernement du Québec a adopté la politique gouvernementale sur l'action communautaire autonome. (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001).

d'établissement. Et ce qu'on fait, c'est de dire non à ça et de la maintenir, alors là il y a un équilibre. [...] (2004-1_Étude détaillée du projet de loi n° 83 / mardi 13 septembre 2005 - Vol. 38 N° 151)

Cette donnée nous amène à poser l'hypothèse que les gestionnaires auraient tendance à résister à la mise en place d'instruments de participation publique. Est-ce que cette critique concerne l'ensemble des instruments de participation publique? Nous ne croyons pas. En effet, nos données nous démontrent que l'instrument le plus controversé est la représentation des citoyens sur des instances de représentation, comme les conseils d'administration. En revanche, les instruments de participation des usagers, ainsi que ceux rattachés à une instance consultative comme le *Forum de consultation* du CSBE semble jouir d'une plus grande acceptabilité auprès des élus. Il serait intéressant d'approfondir l'étude de la dynamique entre les fonctionnaires (gestionnaires et hauts fonctionnaires) et les instruments de la participation publique. En attendant, et à la lumière de notre revue de littérature, il nous est possible de proposer deux pistes à explorer pour donner un sens à cette dynamique *fonction publique / pouvoir citoyen*.

La première nous est inspirée de la lecture de *L'Analyse stratégique* de Crozier et Friedberg (1977). Ceux-ci proposent l'idée que les comportements des acteurs au sein d'une organisation ont toujours deux aspects : 1. Un aspect offensif qui amène l'acteur à être à l'affût des opportunités pour améliorer sa situation; 2. Un aspect défensif, où le maintien de sa capacité d'agir est un motif important de ses actions (Crozier & Fiedberg, 1977). Dans cette perspective, nous proposons l'idée que les instruments de participation publique, particulièrement ceux qui sont en relation étroite avec l'appareil administratif, seraient perçus comme une menace par les acteurs de la fonction publique qui voient leur capacité d'agir potentiellement réduite.

La seconde nous incite à proposer l'idée que les instruments de type « participation des usagers », serait non pas l'expression d'une volonté de démocratiser les institutions sociosanitaires, mais seraient plutôt une des constituantes du nouveau management public (NMP), qui est une approche de gestion qui s'est imposée dans les dernières décennies et qui est orienté, entre autres, sur des stratégies de « satisfaction de la clientèle ». En effet, dans un article intitulé *Le nouveau management public comme prémisse aux transformations des systèmes de santé nationalisés : Les cas du Québec et du Royaume-Uni*, Mélanie Bourque (2007) démontre que depuis les années 1990, les principes de la gestion des entreprises privées ont été transposés au cœur de la gouvernance du système québécois de santé. L'un de ces principes est la « reddition de compte centrée sur le client », faisant de l'utilisateur un acteur incontournable dans l'évaluation de la qualité des services. Les personnes qui reçoivent des services de la part des institutions gérées à la manière NMP, sont moins des citoyens qui cherchent à contribuer à la prise de décision que des clients en droit de recevoir de bons services.

En terminant, il serait intéressant d'approfondir les résultats de la recherche de Forest et coll. (2000) citée au début de cette section, afin de mieux saisir les enjeux de la participation publique, mais avec la perspective des gestionnaires qui doivent interagir et avec les instruments de participation publique adoptés par les législateurs.

6.1.3 Les forces scientifiques (experts)

Dans la présente section, nous souhaitons aborder la question des « experts » et leur influence sur les élus et commissaires d'enquête lors des réformes. Callon et coll. (2001) nous rappelait qu'au sein des démocraties représentatives, les citoyens ont tout autant délégué leur pouvoir de prise de décision aux élus, que le pouvoir de la production de la connaissance aux experts, ce qui

confère à ces derniers un pouvoir d'influence important sur les processus politiques. C'est le concept de « double délégation des pouvoirs ».

Or, dans l'ensemble des réformes, les élus se sont référés à des travaux d'expert en matière de participation publique à seulement une reprise. Il s'agissait du ministre Trudel en 2001 qui citait l'étude de Forest et coll. commandée par le Conseil de la santé et du bien-être en 2000. Par contre, les élus se référaient abondamment aux rapports des différentes commissions d'enquête, ce qui nous a amenés à analyser la contribution des experts lors des travaux des commissions d'enquête, plus spécifiquement les experts qui ont contribué à la réflexion sur la participation publique.

Tout d'abord, lors de la réforme de 1971, les commissaires de la commission Castonguay ont commandé une étude auprès du sociologue Gérard Fortin (1971). M. Fortin fut le seul expert mis à contribution par les commissaires sur la question de la participation publique. Cette étude proposait une démocratisation radicale des milieux de travail, culturels et des institutions. L'argumentaire drastiquement démocratique de Fortin fut largement repris par les commissaires et les élus donnant ainsi une impulsion à l'idée de participation publique.

De son côté, la commission Rochon a mis à contribution le sociologue Jacques T. Godbout (Godbout, Collin & Leduc, 1987) pour produire une étude sur la place des usagers et des organismes communautaires au sein du réseau de la santé. Dans cette étude, les auteurs proposent une analyse critique de l'expérience de la participation des usagers au sein des conseils d'administration des établissements locaux de santé, ainsi qu'une série de propositions visant à démocratiser et accroître l'efficacité de cet instrument. Les propositions les plus importantes sont que les usagers (citoyens) soient majoritaires sur des conseils d'administration et que ces conseils

soient eux-mêmes dotés d'un pouvoir significatif sur l'établissement. Les auteurs font de ces deux propositions des conditions essentielles pour la réussite des conseils d'administration avec représentation d'usagers et de citoyens. Il nous semble que même si les commissaires et les élus n'ont pas repris intégralement ces deux propositions, l'étude de Godbout, Collin & Leduc a contribué à prolonger dans la réforme Côté de 1991, l'esprit de démocratisation qui existait lors de la réforme de 1971.

Les travaux de la Commission Clair sur lesquels se sont appuyées les réformes de 2001 et de 2004 sont en rupture avec cette tradition de faire appel à des chercheurs résolument favorables à la participation des citoyens et des usagers. En effet, une annexe du Rapport Clair (2001) présente l'ensemble des experts qui ont été consultés dans le cadre des travaux de la commission, ainsi qu'une synthèse de leur contribution. Nous avons constaté qu'aucun expert ne s'est intéressé à la question de la participation publique, à l'exception d'une chercheuse de la Saskatchewan qui a offert une contribution sur la question de la régionalisation des systèmes de santé, ce qui l'a amené à constater l'échec de la représentation citoyenne sur les conseils d'administration et d'affirmer que la participation citoyenne « [...] *pourrait davantage se matérialiser via des comités d'usagers, sondages ou focus groups, puisque les méthodes traditionnelles semblent inefficaces.* » (MSSS, 2001, p. 365). Or il aurait pu en être autrement puisque plusieurs chercheurs spécialisés sur la question de la participation publique avaient produit un an plus tôt une étude détaillée sur l'état de la participation publique au sein du réseau québécois des services de santé et des services sociaux, à la demande du défunt Conseil de la santé et du bien-être qui était une instance consultative rattachée au ministère de la Santé et des Services sociaux (Forest et coll., 2000).

En sommes, les élus et commissaires d'enquête des réformes de 1971 et 1991 ont été exposés à des travaux d'experts venant appuyer l'idée d'un certain renforcement de la participation publique, alors que lors des réformes de 2001 et 2004, cette exposition fut beaucoup moins grande, voire nulle. Ce constat nous semble se refléter dans l'orientation générale de nos données (*voir figure 24 ci-bas*) qui sont nettement positives en 1971 et 1991, alors que la somme de l'orientation des données de 2001 est presque nulle et négative en 2004.

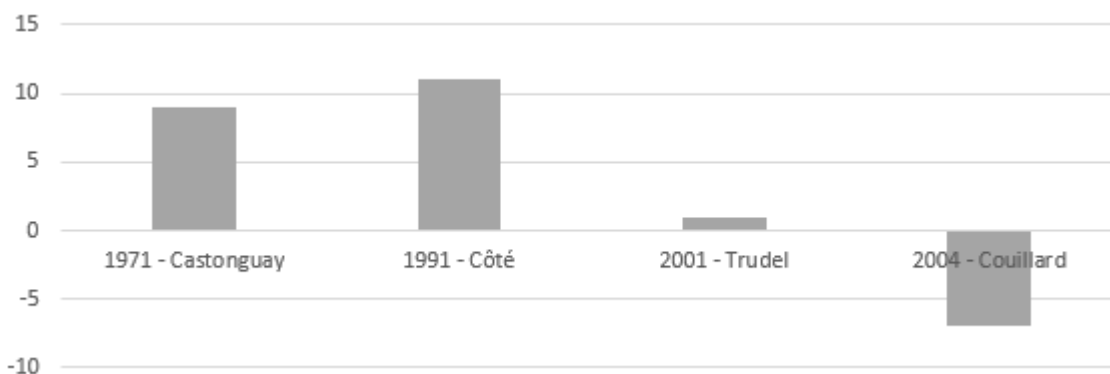


Figure 24 - Somme de la pondération d'orientation des données, trié par réforme pour l'ensemble des réformes (1971, 1991, 2001 & 2004.)

6.1.4 Synthèse de l'interprétation des résultats de notre analyse

Aux conclusions de notre analyse, nous venons de proposer une interprétation: Le discours et les choix des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique au sein des institutions sociosanitaires lors des principales réformes de la gouvernance du réseau québécois de la santé sont l'effet combiné de l'influence de trois groupes d'acteurs que nous illustrons métaphoriquement en nous inspirant des sciences physiques comme des vecteurs de forces. Ces groupes d'acteurs sont : 1. Les forces de la société civile; 2. Les forces technocratiques (fonctionnaires) & 3. Les forces scientifiques (experts). Ces trois vecteurs de force ont en commun

le même point d'application, c'est-à-dire l'objet sur lequel ils exercent leur force : les choix des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique. Ces trois groupes d'acteurs exercent leur influence sur les élus et commissaires d'enquête selon une intensité et une orientation plus ou moins favorable à l'instauration d'instruments de participation publique et se sont combinés selon différents schémas vectoriels de force lors de chacune des réformes, influençant par le fait même et de façon différenciée les positions des élus et commissaires d'enquête d'une réforme à l'autre.

Les choix gouvernementaux lors de la réforme Castonguay (1971) nous semblent avoir été fortement influencés par les forces de la société civile, principalement le mouvement communautaire, ainsi que les forces scientifiques, qui se sont combinées, donnant ainsi une impulsion en faveur du renforcement de la participation publique au sein des institutions de santé au Québec.

La configuration des vecteurs de forces a toutefois commencé à se déplacer en 1991. Les préoccupations du mouvement communautaire étant de plus en plus centrées sur la défense de leur autonomie et de leur reconnaissance face à l'État, cela a entraîné une baisse de l'intensité du vecteur de force de la société civile, réduisant ainsi la demande en matière de participation publique. Par contre, la contribution de Godbout, Collin & Leduc (1987) lors de la publication du Rapport Rochon, a permis de maintenir partiellement la demande pour le renforcement de la participation publique par le vecteur des forces scientifiques.

L'adoption de l'approche « client » qu'offre le nouveau management public tel que le démontre Mélanie Bourque (2007) et qui caractérise à notre avis la réforme de 1991, nous semble

l'expression de l'entrer en jeu des forces technocratiques réticentes à la participation publique et qui vont dorénavant avoir un poids important auprès des élus. En 2001 et 2004, la quasi-absence du mouvement communautaire doublée de l'absence des experts de la participation publique durant tout le processus des réformes Trudel (2001) et Couillard (2004), auront laissé le champ libre aux technocrates du ministère de la Santé et des Services sociaux pour influencer les élus en faveur d'une réduction des instruments de participation publique, comme en témoigne l'orientation généralement négative des données tel qu'illustré à la *figure 24*.

7. Conclusion

7.1 Synthèse de l'analyse

L'analyse de nos données nous amène à proposer une conclusion en quatre temps : 1. Le discours des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique au sein des institutions de santé témoigne d'une posture paradoxale, c'est-à-dire qu'un écart important existe entre ce que les acteurs disent de la participation publique et ce qu'ils font concrètement sur le plan législatif et des recommandations; 2. Une absence de profondeur importante de la part des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique. En effet, nos données illustrent avec éloquence que ce sont les enjeux de pouvoir accorder aux citoyens (dimension de « contrôle populaire ») qui ont largement occupé les élus et commissaires d'enquête lors des quatre réformes étudiées, laissant une place marginale aux autres dimensions de Smith (inclusion, transparence, jugement réfléchi, efficacité et transférabilité); 3. Les élus et commissaires d'enquête sont généralement en défaveur du renforcement ou de l'expansion des pouvoirs aux citoyens et cette tendance semble aller en s'accéléralant; 4. Finalement, la faible propension des élus et commissaires d'enquête à offrir des espaces de participation publique ne s'appliquerait qu'à propos des instruments de participation publique offrant aux citoyens un rôle direct sur la prise de décision, alors que les élus semblent plus ouverts aux instruments purement consultatifs.

7.2 Contributions et limites de notre recherche

Nos données tendent à démontrer qu'il existerait un lien entre la présence active des experts de la participation publique dans l'élaboration des réformes et l'orientation générale des données (+/-). Avec le temps, l'influence des experts de la participation publique s'est estompée jusqu'à disparaître lors des deux dernières réformes. Ce constat met en relief la faiblesse grandissante de

l'influence de la recherche dans le domaine de la participation publique (des institutions sociosanitaires québécoises). Ce manque de vigueur n'est possiblement pas étranger à la faible profondeur de la pensée des élus et commissaires d'enquête en matière de participation publique, que l'on pouvait constater par la forte concentration des données dans une seule dimension de Smith, et ce, d'une réforme à l'autre.

Dans le même ordre d'idée, en nous appuyant sur notre revue de littérature, nous avons constaté, à l'instar de Forest et coll. (2000), que les expérimentations se sont enchaînées d'un instrument à l'autre, en s'appuyant sur des bases d'analyse faible et souvent même sans analyse. Il nous semble que les élus et commissaires d'enquête n'ont eu que très peu de bases théoriques sur lesquelles s'appuyer lors des différentes réformes. En sommes, nous croyons avoir mis en évidence que l'évolution de la participation publique au sein des institutions québécoises de santé et de services sociaux est tributaire du développement de la recherche en matière de participation publique.

Dans le même ordre d'idée, nous avons mentionné que la recherche en matière de participation publique dans les secteurs de l'environnement et des études urbaines offre un potentiel intéressant que nous avons mis à contribution en utilisant un outil d'analyse, de fraîche date et riche, de la participation publique, pour l'appliquer dans le secteur des institutions québécoises de santé et de services sociaux, celui du politologue britannique Graham Smith (2009). Cet outil nous semble ouvrir de nouvelles perspectives par la profondeur d'analyse des instruments de participation publique qu'il favorise et pourrait, à notre avis servir de base à une grille d'analyse plus adaptée à la réalité des institutions sociosanitaires québécoises.

Le cadre de Graham Smith a la particularité d'avoir été conçu pour analyser des instruments de participation publique, comme celui du budget participatif de la ville brésilienne de Porto Alegre, donc dans une perspective de démocratie directe. Cela fait en sorte de rendre cet outil, plutôt impitoyable envers les instruments de participation publique qui n'impliquent pas directement les citoyens dans l'ensemble des étapes de la prise de décision ou qui ne leur font pas une place majoritaire, ce qui est le cas pour une vaste majorité des instruments expérimentés au sein des institutions de santé au Québec. Cela peut, en partie, expliquer pourquoi les résultats de notre analyse peuvent sembler sévères envers les élus et commissaires d'enquête.

7.3 Nouvelles avenues de recherche

Comme nous venons de le démontrer, il y a beaucoup d'espace pour innover dans le domaine de la recherche en matière de participation publique au sein des institutions de santé au Québec. En effet, il nous apparaît important d'approfondir nos connaissances sur l'expérience québécoise de la participation publique dans le milieu des institutions de santé afin de fournir les outils nécessaires aux décideurs du réseau de la santé, qui comme nous l'avons démontré, ont une compréhension souvent rudimentaire des enjeux relatifs à la démocratisation des institutions de santé. Deux avenues de recherches nous semblent dignes d'intérêt.

La première serait de documenter et étudier les diverses expérimentations qui ont été mises en place, comme Abelson et coll. (2011) l'ont fait pour le Forum de consultation du CSBE. D'autres études, indépendantes celles-là, sur ledit Forum de consultation serait d'ailleurs les bienvenues, et rapidement avant que cet instrument ne soit abandonné par le gouvernement en place où ceux qui suivront.

L'autre avenue tout aussi intéressante et davantage en continuité avec l'interprétation de l'analyse de nos données (chapitre 6) serait d'étudier les relations de pouvoir des différents acteurs en présence lors des quatre grandes réformes que nous avons ciblées dans notre étude, afin d'obtenir un portrait plus détaillé et plus complet des dynamiques en présence qui ont influencé les élus à faire les choix que nous avons présenté dans la présente étude. En particulier, il serait éclairant de mieux saisir les positions et l'influence des fonctionnaires auprès des élus, principalement les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services, en regard de la participation publique. En ce sens, le politologue Vincent Lemieux (2001) propose une méthode rigoureuse de formalisation des liens de pouvoir dans les processus de centra-décentralisation, laquelle pourrait très bien s'appliquer dans le cadre des réformes de la gouvernance des institutions de santé au Québec.

8. Bibliographie

- Abelson, J., Martin, É. Et Gauvin, F.-P. (2011). *Le Forum de consultation: retour sur trois années d'évaluation*. Rapport final soumis au Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Récupéré du site du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, dans la section du Forum de consultation. (<http://www.csbe.gouv.qc.ca>).
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bergeron, P. et Gagnon, F. (2003). « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformation ». Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux* (p. 7-34), Québec [Qué], Presses de l'Université Laval.
- Bourque, M. (2007). « Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : Les cas du Québec et du Royaume-Uni ». *Revue Gouvernance*, 4 (1).
- Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, France : Seuil (Édition Kindle).
- Church, J., Saunders, D., Wanke, M., Pong, R., Spooner, C. & Dorgan, M. (2002). « Citizen Participation in Health Decision-Making: Past Experience and Future Prospects ». *Journal of Public Health Policy*, 23 (1), 12-32.
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). *Questions de fond concernant la mise en œuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) : Observation générale no 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du PIDESC)*. Genève, Suisse.
- 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 [Qué] : Publications du Québec.
- Contandriopoulos, D. (2002). *La mise en œuvre de la participation publique dans le processus de régionalisation du système de santé* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Récupéré du site Réseau SantéCom dans la section de la Bibliothèque virtuelle, www.santecom.qc.ca.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris, France : Seuil.

- Divay, G. (2009). La réingénierie civique des services décentralisés dans un État stratège, Dans L. Côté, B. Lévesque, & G. Morneau (dir.), *État stratège et participation citoyenne* (p. 165-205). Québec [Qué] : Presses de l'Université du Québec.
- ENAP. (2012). L'État québécois en perspective : le réseau de la santé et des services sociaux. *L'observatoire de l'administration publique*, printemps : Les publications du Québec. Récupéré de http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebecois/a-sss.pdf
- Forest, P.-G., Abelson, J., Gauvin, F.-P., Martin, É. et Eyles, J. (2003). « Participation et publics dans le système de santé du Québec ». Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux* (p. 175-200), Québec [Qué], Presses de l'Université Laval.
- Forest, P.-G., Abelson, J., Gauvin, F.-P., Martin, É. Smith, P. et Eyles, J. (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Rapport présenté au Conseil de la santé et bien-être. Récupéré du site du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, dans la section des archives/Rapports, des publications du Conseil de la santé et du bien-être, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/publications/archives.html>
- Fortin, G. (1971). *La société de demain : ses impératifs, son organisation*. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, annexe 25 : Éditeur officiel du Québec.
- Gaumer, B. et Fleury, M.-J. (2007). « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique. ». Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 3-22), Montréal [Qué], Gaétan Morin éditeur.
- Gauvin, F.-P., Martin, É., Forest, P.G. et coll. (2009). « L'expérience citoyenne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec ». *Santé, société et solidarité* 8 (2), 45-50.
- Giddens, A. (1998). *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge, Royaume-Uni : Polity Press.
- Godbout, J. (2014). *La participation contre la démocratie* (2^e éd.). Montréal [Qué] : Liber.
- Godbout, J. (1987). *La démocratie des usagers*. Montréal [Qué] : Boréal.
- Godbout, J., Collin, J.-P. & Leduc, M. (1987). *La face cachée du système*. Rapport de recherche # 22 commandé par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Sainte-Foy : Publications du Québec.
- Hamel, P. et Bernard, J. (2006). Un modèle québécois? Gouvernance et participation dans la gestion publique. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Institut du nouveau monde (INM). *Plaidoyer pour la participation citoyenne*. Récupéré le 15 juillet 2015 du site inm.qc.ca/blog/la-participation-citoyenne/.
- Lamoureux, H. (2010). *La pratique de l'action communautaire autonome : origine, continuité, reconnaissance et ruptures*. Québec [Qué.] : Presses de l'Université du Québec.
- Landemore, H. (2013). Pourquoi le grand nombre est plus intelligent que le petit nombre, et pourquoi il faut en tenir compte. *Philosophiques*, 40 (2), 283-299.
- Lemieux, V. (2001). *Décentralisation, politique publique et relations de pouvoir*. Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- MESS. (2001). *Politique gouvernementale de l'action communautaire*. Québec. Direction des communications.
- MSSS (2001). Les solutions émergentes – Rapport et recommandations (Rapport Clair). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé* http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/fr/, 2 pages, (20 octobre 2015).
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (20 octobre 2015).
- Organisation mondiale de la santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ (20 octobre 2015).
- Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Québec. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Projet de loi #10)*. Québec [Qué.] : Éditeur officiel du Québec.
- Québec. (2006). *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle. Document de soutien. Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c.32) (Projet de loi 83)*. Québec [Qué.] : La direction des communication du ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-603-11.pdf>
- Québec. (1996). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Projet de loi #116)*. Québec [Qué.] : Éditeur officiel du Québec.

- Rowe, Gene et Frewer, Lynn J. (2005). The Concept and Enactment of Public Participation. *Science, Technology, & Human Values*, 30 (2), 251-290.
- Rowe, Gene et Frewer, Lynn J. (2000). Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science, Technology, & Human Values*, 25 (1), 3-29.
- Schumpeter, J.A. (1946). *Capitalism, socialism, and democracy (2^e édition)*. Floyd, VA : Sublime Book Edition (Édition Kindle)
- Simard, L. (2013). « Environmental Governance, Public Action Tools, and Public Participation: The Bureau d'audiences publiques sur l'environnement and the Régie de l'énergie (Québec). Dans I. Roberge et C. Conteh (dir.) *Canadian Public Administration in the Twenty-First Century*. London: CRC Press.
- Sioui, M.-M. et Daoust-Boisvert, A. (2016). Commissaire à la santé et au bien-être : Gaétan Barrette encore accusé d'ingérence. *Le Devoir*, 19 mars 2016. Récupéré de <http://www.ledevoir.com/societe/sante/465971/commissaire-a-la-sante-et-au-bien-etre-gaetan-barrette-encore-accuse-d-ingerence>
- Smith, G. (2009). *Democratic innovations: Designing institutions for citizen participation (Theories of institutional design)*. Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Thibault, A., Lequin, M., & Tremblay, M. (2000). *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible)*. Québec: Conseil de la santé et du bien-être.
- Turgeon, J., Anctil, H. et Gauthier, J. (2003). « L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture? ». Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux* (p. 93-118), Québec [Qué], Presses de l'Université Laval.